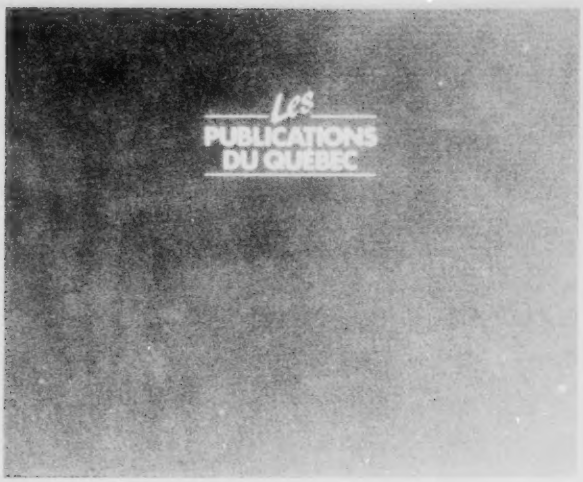
11

Recherche



L'état de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire

Sous la responsabilité de
John Hoey

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

11

Recherche

L'état de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire

Sous la responsabilité de

John Hoey

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08457-1

L'ÉTAT DE SANTÉ DES QUÉBÉCOIS: UN PROFIL PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE ET PAR DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Document produit pour la

Commission d'enquête sur les services de santé
et les services sociaux
(Commission Rochon)

par

John HOEY
Russell WILKINS
Gilbert GAGNON
Jennifer O'LOUGHLIN

Département de santé communautaire
Hôpital général de Montréal
Montréal, Québec

Le 15 avril 1987

John HOEY, Russell WILKINS, Gilbert GAGNON et Jennifer O'LOUGHLIN (Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal). **L'état de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire.** Document produit pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), le 15 avril 1987.

RESUME

Ce rapport présente des données sur l'état de santé de la population dans les régions socio-sanitaires du Québec et les départements de santé communautaire de la région montréalaise. Son but est de faire connaître au lecteur non spécialisé les inégalités régionales par rapport à certains aspects de l'état de santé de la population. Les données suivantes sont presentées sous forme de tableaux, de graphiques et de texte: l'espérance de vie, la mortalité infantile, les causes de décès, l'incapacité et les facteurs de risque.

Note: This report is also available in English under the title **"Health status of the Québec population: A profile by health and social services region and department of community health,"** from the Department of Community Health, Montreal General Hospital, 980 Guy, Suite 300A, Montréal, Québec H3H 2K3, telephone (514) 932-3055.

LES AUTEURS

John Hoey (Plan, Introduction, Conclusion) est chef du département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal et professeur agrégé aux départements de Médecine, de Médecine familiale, et d'Epidémiologie et de biostatistiques de l'Université McGill.

Russell Wilkins (Chapitres 1, 2, 4) est attaché de recherche au département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal.

Gilbert Gagnon (Chapitre 3) est attaché de recherche au département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal.

Jennifer O'Loughlin (Chapitre 5) est conseillère en recherche et coordonnatrice de la recherche au département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal.

REMERCIEMENTS

Priscilla Ouellet-Perron, coordonnatrice de la consultation pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, nous a aidé dans toutes les phases de la production de ce document. Robert Pampalon, du Service des études socio-sanitaires, Ministère de la santé et des services sociaux, nous a fourni les tables de mortalité et les données sur les causes de mortalité par région socio-sanitaire. François Camirand, du Service de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux, nous a fourni les données sur les hospitalisations et sur l'hébergement à long terme en institution. Jean Langevin et Colette Gosselin, du Service diffusion du Ministère de la santé et des services sociaux, nous ont fourni les données sur les décès et les naissances pour la Région 6A (Montréal-Métropolitain). Madeleine Levasseur, du Service études de santé, Ministère de la santé et des services sociaux, nous a trouvé les données sur les naissances par région socio-sanitaire. Marcel McTau, des Services informatiques et opérationnels, Ministère de la santé et des services sociaux, nous a fourni les données du recensement sur la population des régions socio-sanitaires. Diane Haince, du Bureau de la statistique du Québec, nous a fourni les données sur la pauvreté par région administrative. Frank Graboweicki et Diane Muralt, de la Division de la santé, Statistique Canada, ont produit les compilations spéciales de l'Enquête Santé Canada de 1978-79 et de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada de 1983-84. Pierre Gauthier et Michel Séguin, des Services à la clientèle, de même que Robert Parenteau, Brian Wright et Marjolaine Proulx, de la section Géographie chez Statistique Canada nous ont fourni les données concernant la population par

territoire de code postal à Montréal, ce qui nous a permis de compiler les données du recensement par CLSC et DSC. Nous voudrions aussi remercier les personnes suivantes, toutes du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal : Mireille Paradis et Manon Hudson (traitement de texte), Katalin Szentveri (traitement des données), Louise Francoeur (programmation), Martine Comeau (graphisme) et Robert Palmer (cartographie). Anne Latimer, de l'Université McGill, a fait la traduction du document.

AVANT-PROPOS

Ce projet a été réalisé à la demande de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. La Commission Rochon a identifié la problématique suivante :

> La suppression des obstacles à l'accessibilité de tous les Québécois aux services de santé était l'un des principaux objectifs de la Commission Castonguay. Cet objectif a été largement atteint. Malgré cela, il semble que les indicateurs de santé et les indicateurs sociaux témoignent d'une persistance, voire d'une augmentation des inégalités sociales face à la santé et au bien-être entre groupes sociaux, quartiers ou régions. Quel bilan peut-on faire aujourd'hui de ces écarts? Comment se comparent les profils socio-sanitaires des différentes régions du Québec?

Dans ce rapport nous avons analysé les ressemblances et les différences qui existent entre les régions du Québec en ce qui a trait aux principaux indicateurs socio-démographiques et aux indicateurs de santé de leur population. Nous espérons que ce rapport servira à aider la Commission dans l'exécution de son mandat.

Soumis, le 15 avril 1987.

TABLE DES MATIERES

	Page
RESUME	ii
LES AUTEURS	iii
REMERCIEMENTS	iv
AVANT-PROPOS	vi
TABLE DES MATIERES	vii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES GRAPHIQUES	xi
INTRODUCTION	0-1
Choix des indicateurs socio-sanitaires	0-3
Limites de l'information présentée	0-5
CHAPITRE 1 : POPULATION	1-1
Age et sexe	1-2
Autres caractéristiques de la population	1-4
CHAPITRE 2 : ESPERANCE DE VIE ET MORTALITE INFANTILE	2-1
Espérance de vie à la naissance	2-2
Taux de survie à 65 ans	2-3
Espérance de vie restante à 65 ans	2-4
Discussion	2-4
Fécondité	2-6
Mortalité infantile	2-6
Naissances de petit poids	2-7
CHAPITRE 3 : MORTALITE SELON LA CAUSE	3-1
Maladies cardio-vasculaires	3-2
Cancer	3-4
Cancer du poumon	3-6
Cancer du gros intestin ou du rectum	3-8
Cancer du sein	3-10
Traumatismes	3-11
Traumatismes par véhicule à moteur	3-14
Suicide	3-16

Page

CHAPITRE 4 : INCAPACITE 4-1

Hébergement en institution 4-2
Limitation dans les activités 4-3

CHAPITRE 5 : FACTEURS DE RISQUE 5-1

Tabagisme 5-4
Alcool 5-6
Ceinture de sécurité rarement bouclée 5-8
Inactivité physique 5-9
Hypertension artérielle 5-11
Absence de dépistage pour le cancer du col de l'utérus . 5-12
Mécontentement 5-13
Isolement social 5-14
Résumé 5-15

CONCLUSION 6-1

BIBLIOGRAPHIE 7-1

TABLEAUX
GRAPHIQUES
CARTE

LISTE DES TABLEAUX

1.1 Population et caractéristiques socio-économiques, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1981.

2.1 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec et Canada, 1926 à 1981.

2.2 Gains quinquennaux en espérance de vie à la naissance, par sexe, Québec, 1951 à 1981.

2.3 Espérance de vie à la naissance par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

2.4 Taux de survie et espérance de vie restante à 65 ans, par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

2.5 Naissances, indice synthéthique de fécondité; taux de mortalité infantile (total, néonatal, post-néonatal), taux de naissances de petit poids (% < 2 500 g), par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

2.6 Taux de mortalité infantile, Québec et Canada, 1931-1981.

3.1 Indice comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

3.2 Indice comparatif de mortalité par tumeurs, par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

3.3 Indice comparatif de mortalité par cause externe, par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

3.4 Indice comparatif de mortalité par suicide, par groupe d'âge, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

LISTE DES TABLEAUX (suite)

3.5 Indice comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-métropolitain), Québec, 1979-83.

4.1 Résidents à long terme des hôpitaux (ou unités) de soins prolongés et centres d'accueil d'hébergement, par âge et sexe, Québec 1980-81.

4.2 Limitation dans les activités, par groupe d'âge et sexe, personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus, Québec, 1983-84.

4.3 Limitation dans les activités : indice comparatif d'incapacité, par sexe, personnes en ménage privée âgées de 15 ans et plus, par région administrative, Québec, 1983-84.

5.1 Facteurs de risque pour la santé : taux bruts selon le sexe, personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus, Québec, 1978-79.

5.2 Facteurs de risque pour la santé selon l'âge et le sexe, personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus, Québec, 1978-79.

5.3 Facteurs de risque pour la santé : indice comparatif de risque selon le sexe, la région et la taille de la communauté, personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus, Québec, 1978-79.

6.1 Indicateurs sociaux et de la santé, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, vers 1981.

LISTE DES GRAPHIQUES

0.1 Population par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

1.1 Femmes dans la population totale, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

1.2 Population âgée de moins de 15 ans, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

1.3 Population âgée de 65 ans et plus, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

1.4 Personnes vivant seules, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

1.5 Familles monoparentales par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

1.6 Faible scolarité (moins de 9 ans) par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

1.7 Taux de pauvreté par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1981

2.1 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec et Canada, 1926 à 1981

2.2 Gains en espérance de vie à la naissance, par période quinquennale, selon le sexe, Québec, 1951 à 1981

2.3 Espérance de vie à la naissance par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

2.4 Taux de survie à 65 ans : avantage aux femmes, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

LISTE DES GRAPHIQUES (suite)

2.5 Indice synthétique de fécondité, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

2.6 Taux de mortalité infantile, Québec et Canada, 1926 à 1981

2.7 Taux de mortalité infantile, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

3.1 Maladies cardio-vasculaires : indice comparatif de mortalité par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

3.2 Cancer du poumon : indice comparatif de mortalité par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

3.3 Accidents de véhicules à moteur : indice comparatif de mortalité par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

3.4 Suicide : indice comparatif de mortalité par région socio-sanitaire et département de santé communautaire, Québec, 1979-83

4.1 Limitation dans les activités : indice comparatif de limitation par région administrative, Québec, 1983-84

5.1 Facteurs de risque : indice comparatif de risque par regroupement de régions administratives, Québec, 1983-84

INTRODUCTION

Les résidents du Québec, aujourd'hui au nombre de six millions et demi, peuplent un immense territoire borné au nord par les îles arctiques, au sud par la Nouvelle-Angleterre et l'état de New York, à l'ouest par l'Outaouais et la baie d'Hudson et à l'est par la côte du Labrador. Les deux tiers de la population totale habitent les régions métropolitaines de Montréal et de Québec. Près de la moitié de la population vit dans le grand Montréal (incluant Laval et la Rive Sud).

Pour les fins de l'administration socio-sanitaire, le Québec est découpé en 13 régions et 32 départements de santé communautaire (DSC). Si l'on exclut les régions urbaines de Montréal et de Québec (à très forte population), ainsi que celles de Kativik et de la Baie James (à très faible population), la région moyenne compte environ 250 000 personnes, ce qui correspond à la population moyenne desservie par un DSC montréalais (graphique 0.1).

Ce rapport présente des données sur l'état de santé de la population dans les régions socio-sanitaires du Québec et les départements de santé communautaire de la région montréalaise[1]. Son but est de faire connaître au lecteur non spécialisé les inégalités régionales par rapport à certains aspects de l'état de santé de la population.

---

[1] Les données pour les régions de Kativik et de la Baie James ont été omises de ce document en raison des petits nombres impliqués et des caractéristiques singulières de la population de ces régions. En ce qui concerne l'état de santé de la population de la région de la Baie James, voir Robinson (1985), Pelchat et Wilkins (1987) et Allaire (1986). En ce qui concerne la région de Kativik, voir l'Abbé (1981), Duval et Thérien (1982). Les données concernant les DSC de la région de Québec n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce texte.

L'idée de base de ce rapport est que l'état de santé et de bien-être d'une population est réglé par quatre groupes de facteurs : le profil génétique spécifique à chacun, les habitudes de vie, l'environnement physique et social ainsi que la disponibilité des services socio-sanitaires.

Si la disponibilité des services socio-sanitaires est un des facteurs contribuant à la santé d'un individu, l'environnement, les habitudes de vie et les facteurs socio-économiques importent encore plus. Alors qu'il est vrai que la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux s'intéresse tout particulièrement aux questions liées à l'organisation et à la distribution des ressources socio-sanitaires, le lecteur ne doit pas oublier que la santé et le bien-être d'un individu sont aussi largement tributaires de l'environnement socio-économique et physique au sein duquel il évolue, ainsi que de ses habitudes de vie.

L'organisation et la distribution des services socio-sanitaires québécois doivent dépendre des besoins de la population. Les régions où la mauvaise santé ou les problèmes sociaux sont accentués doivent être les mieux desservies, et ce, en tenant compte des problèmes spécifiques à chaque région. Ce rapport mettra en évidence les besoins inégaux des différentes régions.

Choix d'indicateurs socio-sanitaires

Il existe pour la population québécoise plusieurs indicateurs de la santé de même que du statut social et économique. Le Conseil des affaires sociales et de la famille publiait récemment plusieurs descriptions détail-

lées sur la santé de la population québécoise (Comité d'étude sur la promotion de la santé, 1984; Levasseur, 1983; Dillard, 1983).

Dans ce rapport, nous n'avons sélectionné que quelques-uns des indicateurs de la santé et du bien-être. Nous avons limité notre choix pour que le rapport demeure accessible au lecteur non spécialisé et parce qu'il nous fallait des données comparables pour chaque région et département. L'information présentée se partage entre les catégories suivantes :

- espérance de vie, survie et mortalité infantile;
- taux de mortalité selon les principales causes de décès;
- incapacité;
- facteurs de risque associés aux habitudes de vie.

Le recensement du Canada, les statistiques vitales compilées par le Bureau de la statistique du Québec et les données provenant d'enquêtes sur la santé menées par divers organismes fédéraux et provinciaux sont nos principales sources d'information. Les données concernant l'incapacité et les facteurs de risque associés aux habitudes de vie n'étaient pas disponibles pour chaque région ni pour les départements de santé communautaire montréalais.

Les données régulièrement recueillies concernant la fréquentation des services sociaux et de la santé du Québec sont disponibles et utiles, mais elles n'ont pas servi pour ce rapport. Ces données fournissent une description imprécise et inadéquate de l'état de santé de la population. Elles décrivent les individus se prévalant des services, les "clients", et non la santé de la population en général. De plus, ces données varient d'après la

disponibilité des services de santé. Si l'on considère, par exemple, la fréquentation des services hospitaliers, les régions du Québec comptant peu d'hôpitaux paraissent jouir d'une meilleure santé que celles mieux desservies, même si de meilleurs indicateurs nous mènent à une autre conclusion.

Limites de l'information présentée

L'information présentée dans ce rapport a plusieurs limites. Il ne s'agit bien sûr pas d'une description exhaustive de la santé et du bien-être de la population québécoise. Notre étude est limitée par les critères de sélection d'indicateurs, et ne donne donc qu'un aperçu partiel de l'état de santé de la population québécoise. Elle est grandement influencée par la disponibilité des données sur la mortalité, alors que les données concernant les problèmes sociaux et de santé mentale sont beaucoup moins nombreuses. L'Enquête Santé Québec en cours devrait combler certaines lacunes par rapport à ces aspects de la santé[1].

Ce rapport devrait donc être perçu comme un point de départ, un premier aperçu global de la santé et du bien-être des Québécois. Nous espérons donc que ce document sera utile à la Commission et au lecteur non spécialisé à qui nous le présentons.

---

[1] L'Enquête Santé Québec fournira des données sur un échantillon pris au hasard parmi la population de chacun des 32 DSC de la province et constituera donc une source privilégiée d'information pour la planification socio-sanitaire. S'ajoutant aux données déjà disponibles concernant la mortalité et à celles provenant des recensements, les besoins socio-sanitaires de chaque région pourront être étudiés avec beaucoup plus de précision.

CHAPITRE 1 :

POPULATION

Les données sur la population et ses caractéristiques socio-économiques sont présentées au tableau 1.1 pour les principales régions socio-sanitaires du Québec et pour chaque département de santé communautaire de la région montréalaise.

Age et sexe

La structure par âge et par sexe d'une population est reliée à ses besoins et à sa fréquentation des services sociaux et de santé. Les personnes âgées sont plus sujettes à mourir ou à développer des invalidités chroniques que les jeunes. Les femmes en général vivent plus longtemps que les hommes, même si elles sont plus fréquemment hospitalisées. Une région à forte proportion d'enfants nécessite un ensemble de programmes et de services qui sont différents de ceux requis dans une autre plus fortement peuplée de personnes âgées.

Par région, le pourcentage de femmes par rapport à la population totale (graphique 1.1) variait de 48 ou 49% dans les régions périphériques du Québec (régions 1, 2, 8 et 9) et dans les Laurentides/Lanaudière, à 52% dans le Montréal-Métropolitain. Par DSC à Montréal, le pourcentage féminin variait entre 50% à Laval (Cité de la Santé) et 55% à Sainte-Justine.

Les personnes âgées de moins de 15 ans (graphique 1.2) représentaient plus de 25% de la population des régions du Saguenay/Lac Saint-Jean, d'Abitibi/Témiscamingue et de la Côte-Nord (toutes des régions périphériques), comparé à 18% de la population de la région du Montréal-Métropolitain. A l'intérieur de la région montréalaise, le pourcentage de personnes

âgées de moins de 15 ans s'élevait à 22% pour les DSC Lakeshore et Laval, alors qu'il n'atteignait que 15% pour les DSC Général de Montréal, Saint-Luc et Sainte-Justine.

Les personnes âgées de 65 ans et plus (graphique 1.3) constituaient à peu près 4% de la population de la Côte-Nord, 6% de celle des régions du Saguenay/Lac Saint-Jean et d'Abitibi/Témiscamingue, alors qu'elles constituaient 11% de celle de la région du Montréal-Métropolitain. Dans la région montréalaise, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus variait entre 6% au DSC Laval et 18% au DSC Sainte-Justine.

Le pourcentage de femmes par rapport à la population totale peut avoir un impact sur les statistiques sanitaires lorsque les taux obtenus pour les femmes diffèrent considérablement de ceux obtenus pour les hommes. Par exemple, les femmes tendent à consommer de l'alcool moins fréquemment que les hommes. Les régions à forte proportion féminine auront donc tendance, toute autre chose étant égale, à avoir une plus faible proportion de la population consommant fréquemment de l'alcool. De même, le pourcentage de la population totale âgée de moins de 15 ans ou de plus de 65 ans peut avoir un impact considérable sur d'autres indicateurs de santé. La majorité des causes de décès sont rares en enfance et fréquentes chez les personnes âgées. Dans les chapitres qui suivent, afin d'éliminer les effets de ce genre qui viendraient fausser les indicateurs de santé présentés dans ce rapport, nous avons normalisé chaque indicateur afin d'enrayer les effets dus exclusivement aux différences dans la structure par âge et par sexe de la population locale.

Autres caractéristiques de la population

Le pourcentage de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais est un indicateur approximatif de la structure ethnique d'une région. Dans l'ensemble, 7% de la population avait pour langue maternelle une langue autre que le français ou l'anglais. La population ethnique était cependant fortement concentrée dans la région du Montréal-Métropolitain où 17% de la population avait d'abord appris et comprenait encore une langue autre que le français ou l'anglais. C'était le cas d'environ une personne sur quatre pour les DSC Sainte-Justine et Général de Montréal.

Le pourcentage des personnes vivant seules variait entre moins de 4% dans la plupart des régions périphériques du Québec (Bas Saint-Laurent/ Gaspésie, Saguenay/Lac Saint-Jean, Côte-Nord) et plus de 10% dans le Montréal-Métropolitain. A l'intérieur de la région montréalaise, le pourcentage des personnes vivant seules variait entre 4% à Laval et 19% au DSC Général de Montréal.

Les familles monoparentales (graphique 1.4) comptaient pour au moins 10% du nombre total des familles dans toutes les régions du Québec et dans tous les DSC de Montréal (graphique 1.2). Le pourcentage le plus élevé était celui du DSC Saint-Luc où 20% du total des familles étaient monoparentales.

Au moins 30% de la population âgée de 15 ans et plus des régions Bas Saint-Laurent/Gaspésie, Trois-Rivières et Abitibi/Témiscamingue ainsi que des districts montréalais desservis par les DSC Verdun, Maisonneuve-Rosemont

et Saint-Luc, comptait moins de neuf ans de scolarité (graphique 1.5). Dans le DSC Lakeshore, seulement 12% de la population était aussi peu scolarisée.

Le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ayant au moins entamé des études universitaires était inférieur à 10% dans toutes les régions sauf celles de Québec, de l'Outaouais et de la Montérégie (Montréal Rive Sud), où la proportion atteignait 12% et du Montréal-Métropolitain, où elle s'élevait à 19%. Pour la région montréalaise, le pourcentage dépassait 10% dans tous les DSC, celui de Sainte-Justine atteignant le maximum à 39%.

Le pourcentage des personnes âgées de 15 ans et plus en dehors du marché du travail (c'est-à-dire sans emploi et ne cherchant pas activement un travail rémunéré) variait entre 36% et 44% selon les régions et entre 34% et 42% selon les DSC à Montréal.

Au moment du recensement de 1981, le taux de chômage était d'environ 11% pour le Québec. Il dépassait 20% dans la région du Bas Saint-Laurent/ Gaspésie et était inférieur à 9% dans les régions des Laurentides/Lanaudière et de la Montérégie (Montréal Rive Sud). Dans la région montréalaise, le taux de chômage variait entre 6% pour le DSC Lakeshore et plus de 12% pour le DSC Saint-Luc.

Dans l'année précédant le recensement de 1981, le revenu total par ménage au Québec était d'environ 23 000 $. Cette année-là, les régions avec le revenu par ménage le plus bas étaient celles de Trois-Rivières et de l'Estrie (19 000 $ - 20 000 $), alors que la Côte-Nord avait le revenu moyen le plus élevé (26 000 $).

Dans la région montréalaise, le taux de pauvreté (personnes dont le revenu familial total se situait en bas du seuil de faible revenu de Statistique Canada) variait entre 11% dans le DSC Lakeshore et 35% dans le DSC Saint-Luc (graphique 1.6).

CHAPITRE 2 :

ESPERANCE DE VIE ET MORTALITE INFANTILE

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est un indicateur sommaire de l'état de santé d'une population. Elle est calculée à partir des taux de mortalité à chaque âge entre l'enfance et la vieillesse. L'espérance de vie à la naissance selon le sexe pour le Québec et le Canada de 1926 à 1981 est présentée au tableau 2.1 et au graphique 2.1.

En 1981 (année médiane de la période 1979-1983), l'espérance de vie à la naissance au Québec était de 75 ans pour les deux sexes réunis, une demi-année de moins que la moyenne générale pour le Canada. En 1971, l'espérance de vie au Québec était inférieure à la moyenne canadienne d'une année complète. Plus tôt dans le siècle cet écart était encore plus accentué : en 1951 il était de 2 ans; en 1941, de 3 ans; et en 1931, de 4 ans.

Le tableau 2.2 et le graphique 2.2 présentent les gains en espérance de vie, selon le sexe, au cours de chaque période quinquennale de 1951 à 1981. De 1951-56 à 1961-66, il y avait une diminution constante des gains en espérance de vie : les gains des femmes diminuaient de moitié, et ceux des hommes, de deux tiers. De 1961-66 à 1976-81, les gains sont devenus de plus en plus importants dans chaque période quinquennale subséquente. Dans la période la plus récente, les gains des hommes et ceux des femmes étaient égaux.

Le tableau 2.3 et le graphique 2.3 montrent l'espérance de vie à la naissance par région socio-sanitaire au Québec et par département de santé communautaire à Montréal.

Pour toutes les régions traitées dans ce rapport, l'espérance de vie se situait dans une marge d'une demi-année au-dessus ou au-dessous de la moyenne québécoise, à l'exception de l'Outaouais (1 année de moins), de l'Abitibi/Témiscamingue et du Saguenay/Lac Saint-Jean (2 années de moins). Dans la région du Montréal-Métropolitain, les DSC Lakeshore et Sainte-Justine se situaient respectivement à deux et trois années au-dessus de la moyenne québécoise, alors que Verdun et Saint-Luc se situaient respectivement à deux et trois années au-dessous. Dans la plupart des cas, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes était plus grand (jusqu'à neuf ans) dans les régions d'espérance de vie basse, et plus petit (5 ou 6 ans) là où l'espérance de vie était élevée.

Taux de survie à 65 ans

Alors que l'espérance de vie à la naissance résume les taux de mortalité pour tous les âges (sans omettre les âges avancés), le taux de survie à 65 ans est basé uniquement sur la mortalité prématurée, étant donné que sont exclus les décès à l'âge de 65 ans et plus. A partir des données pour la période 1979-1983, on a calculé que quatre Québécois sur cinq nés en 1981 pouvaient s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 65 ans (86% des femmes et 73% des hommes). Ces résultats sont présentés au tableau 2.4 et au graphique 2.4. La plupart des régions se situaient à l'intérieur d'une marge de 1% de la moyenne québécoise, à l'exception des régions du Saguenay/Lac Saint-Jean, de l'Ouataouais et d'Abitibi/Témiscamingue (2% sous la moyenne). Dans la région montréalaise, les différences étaient en général plus accentuées, allant de 4% et 5% au-dessus de la moyenne pour les territoires des DSC Lakeshore et Sainte-Justine, à 6% au-dessous de la moyenne pour celui du DSC Saint-Luc.

Espérance de vie restante à 65 ans

L'espérance de vie restante à 65 ans résume la mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus. Elle omet tous les décès prématurés et est uniquement basée sur l'expérience des personnes ayant survécu jusqu'à l'âge de 65 ans, ce qui a tendance à réduire les disparités interrégionales. Comme le montre le tableau 2.4, l'espérance de vie moyenne restante à 65 ans était de 17 ans (14 ans pour les hommes et 19 ans pour les femmes). En 1981, toutes les régions principales s'écartaient au plus d'un an de la moyenne. Les différences entre DSC dans la région montréalaise étaient un peu plus fortes : une année et demie au-dessus ou au-dessous de la moyenne.

Discussion

L'écart entre l'espérance de vie à la naissance des différentes régions du Québec était relativement faible, ce qui indique que les inégalités régionales dans l'état de santé, sans être négligeables, n'étaient pas très grandes non plus. A Montréal, les écarts entre DSC étaient beaucoup plus grands, ce qui reflète les grandes inégalités socio-économiques (telles que mesurées par le revenu, la scolarité ou l'emploi) de la population de chaque district. Lorsque les centres locaux de santé communautaire (CLSC) de Montréal -- plus petits et plus socialement homogènes que les DSC -- étaient regroupés en cinq zones, l'écart entre l'espérance de vie de la zone la plus aisée (à espérance de vie élevée) et celle de la zone la plus pauvre (à espérance de vie réduite) était de 9 ans[1].

---

[1] Les écarts entre de telles zones ne font que refléter les inégalités sociales sous-jacentes entre individus. Malheureusement les données nécessaires sur la mortalité selon la classe sociale, qui permettraient la mesure de tels écarts pour toutes les régions, ne sont pas recueillies. Il serait cependant possible en principe d'établir un lien entre les données sur la mortalité et d'autres sources afin d'obtenir les indicateurs manquants du statut socio-économique.

Il n'est peut-être pas surprenant de constater que les écarts en espérance de vie restante à 65 ans n'étaient pas aussi grands que ceux observés à la naissance. Plusieurs des personnes les plus démunies et les plus vulnérables étaient décédées avant d'atteindre l'âge de 65 ans, et celles qui y sont arrivées étaient relativement en bonne santé[1].

---

[1] Pour diverses raisons, les données d'espérance de vie présentées ici pour 1981 ne sont pas nécessairement comparables aux tables de mortalité publiées ailleurs.

Tout d'abord, la période de référence n'est pas nécessairement la même et, dans la mesure où les taux de mortalité varient, les résultats obtenus peuvent s'en ressentir. Les tables de mortalité provinciales publiées par Statistique Canada et le Bureau de la statistique du Québec sont ordinairement basées sur trois années de décès et non cinq.

Deuxièmement, le nombre de groupes d'âge comptés parmi les personnes âgées peut varier, ce qui a un effet sensible sur l'espérance de vie, surtout pour les personnes d'âge avancé. Par exemple, les tables de mortalité régionales présentées par Pampalon (1986) regroupaient tous les décès à l'âge de 80 ans ou plus en une seule catégorie; les tables de mortalité des DSC (Wilkins et Pelchat, 1987) regroupaient les décès à 90 ans ou plus; les tables de mortalité officielles de Statistique Canada (1985) ne regroupaient les décès qu'à partir de 100 ans. Les tables de mortalité de Pampalon, par rapport aux études utilisant un plus grand nombre de groupes d'âge, tendent à surestimer l'espérance de vie des personnes âgées et, puisque beaucoup plus de femmes atteignent la vieillesse, l'espérance de vie féminine en est d'autant plus affectée.

Troisièmement, les données pour les deux sexes réunis ne sont pas nécessairement calculées suivant la même méthode. Etant donné qu'à l'intérieur de chaque groupe d'âge les taux de mortalité sont beaucoup plus élevés pour les hommes que pour les femmes, et étant donné que la proportion masculine dans la population locale peut varier de façon importante d'une région et d'un DSC à l'autre, les résultats d'une seule table de mortalité calculée pour les deux sexes réunis reflètent nécessairement la proportion de chaque sexe dans la population. Pour cette raison, les données d'espérance de vie totale qui figurent dans nos tableaux sont des moyennes d'espérance de vie calculées séparément pour chaque sexe (donnant donc à chaque sexe un poids égal). A 65 ans, l'espérance de vie totale montrée est basée sur la somme des années-personnes de vie restantes pour chaque sexe divisée par la somme des survivants de chaque sexe.

Les taux spécifiques de mortalité selon l'âge sont en général inférieurs à ce que l'on pourrait prévoir pour les régions dont la population compte une forte proportion d'immigrants. Le DSC Sainte-Justine, desservant une population dont 38% des effectifs étaient nés à l'extérieur du Canada, serait le plus affecté.

Fécondité

L'indice synthétique de fécondité désigne le nombre moyen attendu d'enfants par femme. Il résume les taux spécifiques de fécondité actuels selon l'âge entre 15 et 45 ans, ce qui suppose implicitement qu'il n'y aura aucune variation future dans ces taux. En 1961, l'indice synthétique de fécondité au Québec était de 3,8 -- le plus élevé au Canada. Cependant en 1971, le taux québécois avait baissé à 2,0 et, en 1981, il atteignait 1,6-- le plus bas au Canada. A titre de comparaison, les indices synthétiques de fécondité français et américains se situaient tous les deux à 1,8 au début des années 1980 (Bureau de la statistique du Québec, 1985).

Le tableau 2.5 et le graphique 2.5 indiquent que la région montréalaise comptait le plus petit nombre d'enfants attendus par femme (1,4), alors que les régions du Saguenay/Lac Saint-Jean et d'Abititi/Témiscamingue avaient le plus grand (2,0). Aucun DSC montréalais ne dépassait la moyenne québécoise, et quatre DSC (Sainte-Justine, Général de Montréal, Maisonneuve-Rosemont et Saint-Luc) se situaient au-dessous (1,2 ou 1,3 enfant par femme).

Mortalité infantile

Tandis que la fécondité diminuait rapidement au Québec, la mortalité infantile baissait elle aussi de façon importante (tableau 2.6 et graphique 2.6). En 1971, 19 enfants sur mille naissances vivantes décédaient avant d'atteindre l'âge d'un an, comparé à seulement 8,5 pour mille en 1981 et 7,6 pour mille en 1983. A titre de comparaison, on note que le taux finlandais se situait à 6,5 pour mille en 1981 (Bureau de la statistique du Québec,

1985). Néanmoins, le taux de mortalité infantile québécois se situe à présent au-dessous du taux canadien dans son ensemble.

Parmi les régions socio-sanitaires du Québec en 1981, le taux de mortalité infantile le plus élevé atteignait 11 dans le Saguenay/Lac Saint-Jean et l'Abitibi/Témiscaminque et 10 dans le Bas Saint-Laurent/Gaspésie et en Estrie. Ces résultats apparaissent au tableau 2.5 et au graphique 2.7. Le taux régional le plus bas -- 8 -- était celui de la Montérégie (Montréal Rive Sud). A Montréal, le taux de mortalité infantile variait entre 7 aux DSC Sainte-Justine et Lakeshore et 11 au DSC Saint-Luc. En comparaison, aux Etats-Unis en 1984, le taux de mortalité infantile était de 18 pour les noirs et de 9 pour les blancs (Centers for Disease Control, 1987).

Les taux de mortalité infantile pour toutes les régions et tous les DSC ont accusé une très forte baisse depuis dix ans. En 1981, le taux de mortalité infantile de la plupart des régions périphériques et même des DSC les plus pauvres de Montréal (11 pour mille) se situait bien au-dessous du taux provincial québécois pour 1971 (19 pour mille). Néanmoins, si les meilleurs taux atteints à Montréal en 1981 avaient été égalés partout au Québec, 945 décès d'enfants n'auraient pas eu lieu entre 1979 et 1983 (189 de moins par année). Si les taux finlandais avaient été possibles, la réduction aurait été de 1 177 décès d'enfants (236 de moins par année).

Naissances de petit poids

Les nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance courent un risque fortement accru de mortalité infantile, de morbidité sérieuse et de

problèmes de développement comparativement aux autres. En moyenne, 6,4% des nouveau-nés se classaient parmi les naissances de petit poids (tableau 2.5). Cette proportion était demeurée à peu près stable depuis 1971, et variait peu d'une région à l'autre (au maximum 0,5% de plus ou de moins). A Montréal, les naissances de petit poids ne comptaient que pour 5,5% du total au DSC Lakeshore, comparé à 7,8% des nouveau-nés au DSC Saint-Luc. Si le taux du DSC Lakeshore avait été atteint partout au Québec, on aurait assisté à une diminution de 4 250 naissances de petit poids pour la période 1979-1983 (850 de moins par année).

CHAPTER 3 :

MORTALITE SELON LA CAUSE

En termes de nombre de décès, les causes principales de mortalité au Québec sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, et l'ensemble des accidents et morts violentes (traumatismes).

Maladies cardio-vasculaires

En 1981 (1979-1983), le taux brut de mortalité associé aux maladies cardio-vasculaires au Québec était de 305 décès par 100 000 habitants (tableau 3.1 et graphique 3.1), ce qui représentait environ 20 000 décès par année. Ce taux était inférieur au taux canadien, américain, anglais, français ou suédois (OMS, 1983-84-85). Cependant, pour les personnes âgées de 35 à 74 ans, le taux québécois était supérieur au taux canadien, français ou suédois. Ceci peut s'expliquer par le fait que la population du Québec comportait proportionnellement moins de personnes âgées de 65 ans et plus que la population de chacun de ces cinq pays et que le taux de mortalité pour maladies cardio-vasculaires était plus élevé chez les personnes âgées.

Même si la tendance actuelle va vers une réduction du taux de mortalité associé aux maladies cardio-vasculaires -- une diminution de 4% en 10 ans de leur importance relative par rapport aux autres causes (Bernard et Guyon-Bourbonnais, 1975; Pampalon, 1986) -- elles constituaient toujours, et de loin, la plus importante cause de mortalité. Elles étaient en effet responsables de 45% des décès. Parmi celles-ci, ce sont les maladies ischémiques du coeur, comprenant surtout l'infarctus aigu du myocarde, qui étaient les plus fréquentes. Elles représentaient 58% des décès reliés aux maladies cardio-vasculaires. Les maladies cérébro-vasculaires, quant à elles, en représentaient 18%.

Le taux de mortalité relié aux maladies cardio-vasculaires était plus élevé chez les hommes que chez les femmes à cause de la surmortalité masculine pour les maladies ischémiques du coeur et augmentait avec l'âge. Les facteurs de risque importants sont la cigarette, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète et la sédentarité.

Le Saguenay/Lac Saint-Jean est la région socio-sanitaire du Québec où le taux ajusté de mortalité pour maladies cardio-vasculaires était le plus élevé. Même si le taux brut de mortalité était de 24% inférieur au taux provincial, après ajustement pour le sexe et la structure d'âge, on obtenait un taux qui était de 12% supérieur à celui de la province. Cette différence entre taux brut et taux ajusté était due au fait que la région du Saguenay/ Lac Saint-Jean avait une moins forte proportion de personnes âgées (où les taux de mortalité pour maladies cardio-vasculaires sont très élevés) que l'ensemble de la province (tableau 1.1). Ce surplus se traduisait par 74 décès de plus chaque année pour la population de cette région. Ce sont les maladies cérébro-vasculaires qui étaient en grande partie responsables pour ce surplus de décès. A l'opposé, c'est dans la région du Bas Saint-Laurent/ Gaspésie que l'on retrouvait le plus faible taux de mortalité associé aux maladies cardio-vasculaires. Le taux ajusté était de 14% inférieur à celui de la province. Pour ces deux régions, les différences avec la province n'étaient pas spécifiques à un sexe ou un groupe d'âge en particulier.

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, il semble y avoir une relation inverse entre certaines variables de niveau socio-économique, telles le niveau de scolarité ou le revenu (tableau 1.1) et le taux ajusté de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires. Les DSC dont la propor-

tion de personnes faiblement scolarisées était la plus grande ou le revenu moyen par ménage était le plus faible avaient un taux de mortalité supérieur à celui des DSC dont le niveau de scolarité ou le revenu était élevé. C'est dans le territoire du DSC Saint-Luc que le taux de mortalité pour cette cause était le plus élevé, soit 14% supérieur à celui de la province. Il est à noter que c'est pour les résidents de ce territoire que le niveau socio-économique était le plus faible dans la région. Par ailleurs, on retrouve le taux le plus bas dans le territoire desservi par le DSC Sainte-Justine. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté était de 26% inférieur au taux provincial.

Cancer

Le taux de mortalité associé au cancer au Québec était de 169 personnes par 100 000 habitants (tableau 3.2), ce qui représentait environ 11 000 décès par année. Ce taux était légèrement supérieur à celui de l'ensemble du Canada, mais nettement inférieur à celui des Etats-Unis, de l'Angleterre, de la France ou de la Suède (OMS, 1983-84-85). Cependant, après correction pour l'âge, la différence avec le taux canadien s'accentue, celle avec le taux américain ou français disparaît, celle avec le taux anglais diminue, alors que le taux québécois devient supérieur au taux suédois pour la population âgée de 35 à 74 ans.

Alors que la tendance actuelle est à la baisse pour certains sites de cancers (estomac, utérus), elle est à la hausse pour d'autres sites (poumon). Le cancer constituait, après les maladies cardio-vasculaires, la deuxième cause de mortalité en importance. Il était en effet responsable de

25% des décès. Les cancers les plus fréquents étaient, dans l'ordre, ceux du poumon (25%), du gros intestin et rectum (12%) et du sein (9%).

Le taux de mortalité relié aux cancers était 37% plus élevé chez les hommes que chez les femmes à cause de la surmortalité masculine pour le cancer du poumon. Il augmentait de façon importante avec l'âge, en moyenne de 60% par groupe d'âge quinquennal à partir de 25 ans. Le tabagisme est la plus importante cause de cancer. Les autres facteurs de risque sont nombreux et varient selon le site impliqué.

Le Saguenay/Lac Saint-Jean est la région socio-sanitaire du Québec où le taux ajusté de mortalité pour cancer était le plus élevé. Tout comme dans le cas des maladies cardio-vasculaires, même si le taux brut de mortalité était de 18% inférieur au taux provincial, après ajustement pour le sexe et la structure d'âge, on obtient un taux qui était de 11% supérieur à celui de la province. Ce surplus se traduisait par 42 décès de plus chaque année pour la population de cette région. Parmi les trois sites principaux de cancers, il n'y avait que les cancers du poumon qui contribuaient à ce taux supérieur. Chez les hommes de cette région, l'écart avec le taux provincial était beaucoup plus élevé que chez les femmes. De même, l'écart avec le taux provincial s'accentuait avec l'âge. A l'opposé, c'est dans la région de Trois-Rivières que l'on retrouvait le plus faible taux de mortalité associé aux cancers. Le taux ajusté était de 11% inférieur à celui de la province. Le taux était faible et chez les hommes et chez les femmes. Il se démarquait du taux provincial pour groupes d'âge supérieur à 40 ans. La région de l'Estrie avait également un faible taux de mortalité pour cancer.

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, c'est pour le DSC Verdun que le taux ajusté de mortalité due au cancer était le plus élevé, soit 23% supérieur à celui de la province. Ce sont surtout les cancers du poumon et du gros intestin et du rectum qui étaient très fréquents. On retrouve le taux le plus bas au niveau du DSC Sainte-Justine. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté était de 16% inférieur au taux provincial, et ce, surtout à cause du faible taux de mortalité associé au cancer du poumon.

Cancer du poumon

Le taux de mortalité associé au cancer de la trachée, des bronches et du poumon au Québec était de 42 personnes par 100 000 habitants (tableau 3.2), ce qui représentait environ 2 700 décès par année. Ce taux de mortalité était plus élevé que le taux canadien, français ou suédois et inférieur au taux américain ou anglais (OMS, 1983-84-85). Si l'on tient compte de l'âge, le taux québécois devient à peu près identique au taux américain.

Le taux de mortalité relié au cancer du poumon va en augmentant, et ce, de façon plus marquée chez les femmes. Au Québec, l'importance relative de cette cause par rapport aux autres causes de mortalité a augmenté de 69% en 10 ans (Bernard et Guyon-Bourbonnais, 1975; Pampalon, 1986). Ce type de cancer était responsable de 6% de l'ensemble des décès, ce qui est deux fois plus élevé que les traumatismes impliquant un véhicule à moteur.

Le taux de mortalité relié au cancer du poumon était quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Il commencait à faire des

victimes chez les gens dans la quarantaine et le taux de mortalité augmentait jusqu'à un maximum de 280 personnes par 100 000 habitants par année chez les personnes âgées de 70 à 79 ans. Le facteur de risque de loin le plus important est le tabagisme. L'exposition occupationnelle à certaines substances dans l'air est aussi une cause de ce type de cancer.

Le Saguenay/Lac Saint-Jean est la région socio-sanitaire du Québec où le taux ajusté de mortalité pour le cancer du poumon (graphique 3.2) était le plus élevé. Comme pour l'ensemble des cancers, même si le taux brut de mortalité était inférieur au taux provincial, après ajustement pour la structure d'âge, on obtient un taux qui était de 20% supérieur à celui de la province. Ce surplus se traduisait par 19 décès de plus chaque année pour la population de cette région. A l'opposé, c'est dans la région de Trois-Rivières que l'on retrouvait le plus faible taux de mortalité associé au cancer du poumon. Le taux ajusté était de 16% inférieur à celui de la province. La région de l'Estrie avait également un faible taux de mortalité pour cette cause. Pour les deux régions extrêmes, les différences avec la province n'étaient pas spécifiques à un sexe ou à un groupe d'âge en particulier.

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, il existe une relation inverse entre certaines variables de niveau socio-économique, telles le niveau de scolarité ou le revenu (tableau 1.1) et le taux ajusté de mortalité due au cancer du poumon. C'est pour les DSC dont la proportion de personnes faiblement scolarisées était la plus grande ou le revenu moyen par ménage était le plus faible que le taux de mortalité pour cette cause était le plus élevé. Ceci n'est pas étonnant lorsque l'on considère la

relation inverse qui existe entre le niveau socio-économique et la proportion de fumeurs (Enquête Santé Canada, 1981). C'est pour le DSC Verdun que le taux ajusté de mortalité due au cancer du poumon était le plus élevé, soit 40% supérieur à celui de la province. Le DSC Saint-Luc présentait également un taux élevé de mortalité pour cette cause. On retrouve le taux ajusté le plus bas au niveau du DSC Sainte-Justine. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté était de 35% inférieur au taux provincial.

Cancer du gros intestin ou du rectum

Le taux de mortalité associé au cancer du gros intestin ou du rectum était de 20 personnes par 100 000 habitants (tableau 3.2), ce qui représentait environ 1 300 décès par année. Ce taux était légèrement inférieur au taux canadien ou américain et nettement inférieur au taux anglais, français ou suédois (OMS, 1983-84-85). Cependant, lorsque l'on tient compte de l'âge, la situation change considérablement. Le taux québécois devient à peu près égal au taux canadien ou anglais et supérieur au taux américain, français ou suédois.

Ce type de cancer était responsable de 3% de l'ensemble des décès, ce qui était aussi important que les traumatismes impliquant un véhicule à moteur comme cause de mortalité. Au Québec, l'importance relative de cette cause par rapport aux autres causes de mortalité a augmenté de 10% en 10 ans (Bernard et Guyon-Bourbonnais, 1975; Pampalon, 1986).

Le taux de mortalité relié au cancer du gros intestin ou du rectum était à peu près identique chez les hommes et les femmes. Il était presque nul

avant la quarantaine mais augmentait rapidement à partir de cet âge à un rythme moyen de 60% pour chaque groupe d'âge quinquennal. L'alimentation, en particulier, via la consommation de gras et de fibres, et une consommation excessive d'alcool en sont les principaux facteurs de risque.

Le Montréal-Métropolitain est la région socio-sanitaire du Québec où le taux de mortalité pour cancer du gros intestin ou du rectum était le plus élevé. Le taux brut de la région était 32% plus élevé que celui de la province. Étant donné, cependant, que la population était plus âgée qu'ailleurs, le taux ajusté n'était que de 11% supérieur au taux provincial. Ce surplus se traduisait par 52 décès de plus chaque année pour la population de cette région. A l'opposé, c'est en Abitibi/Témiscamingue que l'on retrouvait le plus faible taux de mortalité associé au cancer du gros intestin ou du rectum. Le taux ajusté était de 24% inférieur à celui de la province. Pour ces deux régions, les différences avec la province n'étaient pas spécifiques à un sexe ou à un groupe d'âge en particulier.

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, c'est pour le DSC Verdun que le taux ajusté de mortalité due au cancer du gros intestin ou du rectum était le plus élevé, soit 34% supérieur à celui de la province. On retrouve le taux le plus bas au niveau du DSC Sainte-Justine. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté était de 14% inférieur au taux provincial.

Cancer du sein

Le taux de mortalité associé au cancer du sein chez les femmes au Québec était de 29 personnes par 100 000 habitants (tableau 3.2), ce qui représentait presque 1 000 décès par année. Le taux de mortalité au Québec était identique au taux canadien et inférieur au taux américain, anglais, français ou suédois (OMS, 1983-84-85). Cependant, lorsque l'on tient compte de l'âge, le taux québécois devient supérieur au taux canadien, américian, français ou suédois, mais reste inférieur au taux anglais.

Le cancer du sein était responsable de 4% de l'ensemble des décès chez les femmes. Au Québec, l'importance relative de cette cause par rapport aux autres causes de mortalité a augmenté de 3% en 10 ans (Bernard et Guyon-Bourbonnais, 1975; Pampalon, 1986).

Le taux de mortalité relié au cancer du sein commencait à être important à partir de la quarantaine et augmentait avec l'âge. D'autres facteurs de risque sont l'absence de grossesses, une première grossesse à un âge avancé, la consommation élevée de gras alimentaire et un haut niveau socio-économique.

Les taux ajustés de mortalité pour cancer du sein des régions socio-sanitaires du Québec semblent reliés au revenu. Le taux de mortalité augmentait avec le revenu moyen par ménage. La Côte-Nord est la région socio-sanitaire du Québec où le taux ajusté de mortalité pour cancer du sein était le plus élevé. Même si le taux brut de mortalité était de 26% inférieur au taux provincial, après ajustement pour la structure d'âge, on

obtient un taux qui était de 37% supérieur à celui de la province. Cette différence entre taux brut et taux ajusté n'est pas surprenante étant donné que la Côte-Nord est une région du Québec où la proportion de personnes âgées était très faible. Toutefois, comme cette région était peu peuplée, la plus grande mortalité due au cancer du sein ne se traduisait que par un surplus de 3 décès chaque année pour la population de cette région. A l'opposé, c'est dans la région de Trois-Rivières que l'on retrouve le plus faible taux de mortalité associé au cancer du sein. Le taux ajusté était de 21% inférieur à celui de la province. Le taux était également faible pour la région de l'Estrie.

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, comme c'était le cas pour les régions socio-sanitaires, une relation positive entre le revenu et le taux de mortalité pour cette cause semble exister. C'est pour le DSC Général de Montréal que le taux ajusté de mortalité due au cancer du sein était le plus élevé, soit 29% supérieur à celui de la province. On retrouve le taux ajusté le plus bas au niveau du DSC Saint-Luc. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté n'était cependant que de 3% inférieur au taux provincial. Le taux était aussi relativement faible pour le DSC Lakeshore.

Traumatismes

Le taux de mortalité associé à l'ensemble des traumatismes au Québec était de 60 personnes par 100 000 habitants (tableau 3.3), ce qui représentait 3 875 décès par année. Ce taux était légèrement inférieur à celui observé pour l'ensemble du Canada. Ce taux était également inférieur à

celui de la France ou des Etats-Unis, semblable à celui de la Suède et supérieur à celui de l'Angleterre (OMS, 1983-84-85).

Les traumatismes constituaient la troisième plus importante cause de décès, après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs. Ils étaient responsables de 9% de l'ensemble des décès. Parmi les traumatismes, ce sont les traumatismes par véhicule à moteur sur la voie publique ainsi que les suicides qui étaient les plus fréquents. Les premiers représentaient 34% des décès par traumatismes alors que les seconds en représentaient 26% (Statistique Canada, 1982).

Le taux de mortalité relié aux traumatismes était beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. On retrouvait 72% des décès pour traumatismes chez les hommes. De façon générale, le taux de mortalité pour traumatismes augmentait avec l'âge, avec un léger excès chez les jeunes adultes. Cependant, l'importance relative des traumatismes par rapport aux autres causes de mortalité était beaucoup plus grande chez les jeunes. En effet, chez les personnes âgées de 1 à 39 ans, les traumatismes étaient responsables de 61% des décès. L'importance des traumatismes est donc très grande pour la société lorsque l'on considère les années potentielles de vie perdues et l'aspect productivité.

Les taux de décès pour traumatismes, par région socio-sanitaire, variaient du simple au double (tableau 3.3). C'est en Abitibi/Témiscamingue que l'on retrouve le taux le plus élevé. Le taux ajusté de mortalité pour traumatismes dans cette région était de 63% supérieur à celui de la province. Ce surplus se traduisait par 57 décès de plus chaque année pour la

population de cette région. Il n'est pas étonnant de voir cette région en tête pour l'ensemble des traumatismes puisqu'elle arrivait en tête et pour les suicides et pour les traumatismes par véhicules à moteur sur la voie publique. A l'opposé, c'est dans la région du Montréal-Métropolitain que l'on retrouve le plus faible taux de mortalité associé à l'ensemble des traumatismes. Le taux ajusté était de 14% inférieur au taux provincial. Ce faible taux était principalement attribuable à la faible incidence de traumatismes mortels par véhicule à moteur chez les résidents de cette région. De plus, ce sont les hommes qui étaient reponsables de ce faible taux régional. Chez les femmes de cette région, les gains au niveau des traumatismes par véhicule à moteur en comparaison avec la province étaient en partie annulés par une plus grande incidence de suicide. La Montérégie et l'Outaouais étaient deux autres régions du Québec où le taux de mortalité pour traumatismes était relativement faible.

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, le taux ajusté de décès pour l'ensemble des traumatismes variait également du simple au double. C'est pour les résidents du DSC Saint-Luc que le taux ajusté était le plus élevé. Ce taux était de 21% supérieur au taux provincial. Les cas de suicides étaient responsables en grande partie de cet excès. Quant au taux ajusté le plus bas, on le retrouve au niveau du DSC Lakeshore. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté était de 36% inférieur au taux de la province. Ce taux réduit était le résultat entre autres d'une plus faible incidence de suicide comparativement aux autres territoires de la région. Les DSC Sainte-Justine, Sacré-Coeur et Cité de la Santé avaient également de faibles taux de mortalité pour cette cause.

Traumatismes par véhicule à moteur

Le taux de mortalité associé aux traumatismes par véhicule à moteur au Québec était de 21 personnes par 100 000 habitants (tableau 3.3), ce qui représentait environ 1 300 décès par année. Le taux de mortalité provincial, à cet égard, était à peu près identique au taux canadien, américain ou français, mais était le double du taux anglais ou suédois (OMS, 1983-84-85).

Les traumatismes impliquant un véhicule à moteur étaient responsables de 3% des décès. Parmi ces décès, presque la moitié auraient été causés par une collision entre deux véhicules à moteur, le quart par une perte de maîtrise n'impliquant pas une collision avec un autre véhicule à moteur et le cinquième au cours d'une collision avec un piéton (Statistique Canada, 1982). Au Québec, l'importance relative des traumatismes par véhicule à moteur par rapport aux autres causes de mortalité a chuté de 32% en 10 ans (Bernard et Guyon-Bourbonnais, 1975; Pampalon, 1986).

Le taux de mortalité relié aux traumatismes par véhicule à moteur était presque trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Des raisons culturelles et sociales peuvent sans doute expliquer une bonne partie de cette différence. L'âge aussi est un facteur de risque important. C'est chez les 15 à 24 ans, avec un taux de 38 personnes par 100 000, que l'on retrouvait le taux de mortalité le plus élevé pour cette cause. Les autres facteurs de risque sont l'alcool - qui serait responsable de la moitié des décès - l'omission du port de la ceinture de sécurité, le type de route, le degré d'urbanisation ainsi que les conditions climatiques.

L'Abitibi/Témiscamingue est la région socio-sanitaire du Québec où le taux ajusté de mortalité pour traumatismes impliquant un véhicule à moteur (graphique 3.3) était le plus élevé. Le taux de cette région était de 57% plus élevé que le taux provincial. Ce surplus se traduisait par 18 décès de plus chaque année pour la population de cette région. Trois autres régions du Québec avaient un taux de mortalité relativement élevé pour cette cause. Il s'agit du Bas Saint-Laurent/Gaspésie, du Saguenay/Lac Saint-Jean et de l'Estrie. A l'opposé, c'est dans la région du Montréal-Métropolitain que l'on retrouve le plus faible taux de mortalité associé aux traumatismes impliquant un véhicule à moteur. Le taux ajusté était de 41% inférieur à celui de la province. Pour ces deux régions, les différences avec la province n'étaient pas spécifiques à un sexe ou à un groupe d'âge en particulier. Ces données supportent le degré d'urbanisation comme étant un facteur de risque (protecteur) pour cette cause de mortalité. En fait, si l'on regroupe les régions socio-sanitaires du Québec selon le degré d'urbanisation, on peut voir que plus le degré d'urbanisation était grand, plus le taux de mortalité pour traumatismes par véhicule à moteur était faible. En effet, alors que le taux annuel de mortalité se situait à 16 personnes par 100 000 habitants pour les régions montréalaises (régions 6A, 6B et 6C), il augmentait à 25 pour les autres régions urbaines (régions 3, 4, 5 et 7) et à 29 pour les régions rurales (régions 1, 2, 8 et 9).

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, c'est pour le DSC Saint-Luc que le taux ajusté de mortalité due aux traumatismes impliquant un véhicule à moteur était le plus élevé. Il était cependant de 21% inférieur au taux provincial. On retrouve le taux le plus bas au niveau du DSC Sainte-Justine. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté était

de 64% inférieur au taux provincial. Le DSC Général de Montréal avait également un taux de mortalité relativement faible pour cette cause.

Suicide

Le taux de mortalité associé au suicide au Québec était de 16 par 100 000 habitants, ce qui représentait un peu plus de 1 000 décès par année. Ce taux était plus élevé que le taux canadien, américain ou anglais, mais inférieur au taux français ou suédois (OMS, 1983-84-85). Si l'on regarde les taux selon l'âge, on peut voir que les taux québécois pour les personnes âgées de moins de 45 ans étaient supérieurs aux taux de chacun de ces cinq pays.

Le suicide était responsable de 2% de l'ensemble des décès au Québec. Les moyens pris pour se suicider variaient avec le sexe. Chez les hommes, ce sont les armes à feu qui étaient le plus souvent utilisées, alors que chez les femmes, ce sont plutôt les médicaments qui étaient privilégiés. Pour les deux sexes, c'est la pendaison qui était l'autre moyen le plus fréquemment utilisé (Statistique Canada, 1982). Les suicides sont de plus en plus fréquents, surtout chez les jeunes. Au Québec, l'importance relative de cette cause par rapport aux autres causes de mortalité a augmenté de 80% en 10 ans (Bernard et Guyon-Bourbonnais, 1975; Pampalon, 1986).

Le taux de mortalité relié au suicide était trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. C'est à partir de l'adolescence que les cas de suicide se présentaient. Le taux atteignait un plateau à 20 ans jusqu'à

64 ans, pour décliner par la suite. Les autres facteurs de risque importants sont les mauvaises conditions socio-économiques, les problèmes matrimoniaux et les problèmes mentaux.

Le taux de mortalité pour suicide variait beaucoup d'une région à l'autre (tableau 3.3 et graphique 3.4). L'Abitibi/Témiscamingue est la région socio-sanitaire du Québec où le taux ajusté était le plus élevé. Ce taux était de 72% supérieur à celui de la province. Ce surplus se traduisait par 18 décès de plus chaque année pour la population de cette région. Cette différence avec la province n'était pas spécifique à un sexe ou à un groupe d'âge en particulier. A l'opposé, c'est dans la région de la Côte-Nord que l'on retrouvait le plus faible taux de mortalité associé au suicide. Le taux ajusté était de 23% inférieur à celui de la province. Pour cette région, la différence avec la province n'était pas spécifique à un sexe mais était due spécifiquement aux personnes âgées de 20 à 49 ans. Trois autres régions du Québec avaient un taux de mortalité pour cette cause relativement faible. Il s'agit du Bas Saint-Laurent/Gaspésie, du Saguenay/Lac Saint-Jean et de la Montérégie.

A l'intérieur de la région du Montréal-Métropolitain, il y avait également une grande variation dans le taux de mortalité due au suicide. C'est pour le DSC Saint-Luc que le taux ajusté était le plus élevé, soit 58% supérieur à celui de la province. Le taux était également élevé pour le DSC Général de Montréal. On retrouve le taux ajusté le plus bas au niveau du DSC Lakeshore. Pour les résidents de ce territoire, le taux ajusté était de 47% inférieur au taux provincial. Les taux extrêmes de ces deux DSC sont en accord avec le fait qu'un faible niveau socio-économique est relié avec un plus grand taux de suicide. En effet, à l'intérieur de la région du

Montréal-Métropolitain, c'est le DSC Saint-Luc qui avait la plus forte proportion de personnes faiblement scolarisées, en chômage et pauvres. A l'inverse, c'est le DSC Lakeshore qui avait la plus faible proportion de personnes faiblement scolarisées, en chômage et pauvres (tableau 1.1).

CHAPITRE 4 :

INCAPACITE

Echapper à une mort prématurée implique un prolongement de la vie, mais ne dit rien de la qualité de cette vie au cours des années supplémentaires gagnées. Afin de tenir compte à la fois de la longueur et de la qualité de la vie, les indicateurs de santé doivent refléter non seulement la mortalité mais aussi l'hébergement en institution et la limitation dans les activités de la population en ménage privé.

Hébergement en institution

Au Québec en 1981, 45 000 personnes vivaient dans des centres d'accueil d'hébergement ou dans des unités hospitalières de soins prolongés (Camirand, 1983). On retrouve au tableau 4.1 les taux d'hébergement à long terme par âge et par sexe, considérant à la fois les unités hospitalières de soins prolongés et les centres d'accueil d'hébergement.

Parmi les personnes âgées, le taux d'hébergement augmentait de façon marquée avec l'âge. Le taux féminin dépassait le taux masculin à presque tous les âges, ce qui était dû, au moins en partie, au fait que les hommes âgés avaient plus souvent à leur côté un conjoint capable de pourvoir à leurs besoins. En 1978, le taux québécois d'hébergement ajusté pour l'âge (9,0 pour mille habitants) était légèrement inférieur au taux ontarien (9,4 pour mille), mais à peu près équivalent au taux canadien (9,1 pour mille). Cependant, une proportion beaucoup plus forte des soins prolongés au Québec s'effectuait dans le milieu hospitalier (48% du total au Québec comparé à 22% pour le Canada) (Wilkins et Adams, 1983).

Parce que la population vieillit, et surtout parce que l'on prévoit un accroissement rapide de la proportion des personnes âgées de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus, il faut s'attendre à une brusque croissance des besoins en hébergement pour soins prolongés, à moins d'une baisse marquée dans les taux d'hébergement en institution selon l'âge. Ceci est la conséquence naturelle d'une survie améliorée, et ne reflète aucunement une détérioration de l'état de santé ou un mauvais emploi de ressources (Wilkins et Adams, 1987).

Une analyse des différences par région dans le taux d'hébergement en institution n'a pas été entreprise, étant donné qu'elle refléterait probablement plus la disponibilité des ressources que les différences réelles dans les besoins. Dans les régions relativement bien équipées pour les soins prolongés, les personnes hébergées auraient tendance à être moins sévèrement limitées que celles hébergées pour soins prolongés dans d'autres régions comparativement démunies en ressources équivalentes. Dans de tels cas, seuls des taux basés sur une combinaison d'incapacité en milieu d'hébergement et en ménage privé pourraient être significatifs.

Limitation dans les activités

Le tableau 4.2, établi à partir de totalisations spéciales de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada effectuée en 1983-84, montre qu'environ 12% de la population québécoise vivant en ménage privé et âgée de 15 ans et plus était au moins légèrement limitée dans ses activités à cause d'un problème de santé chronique ou d'une incapacité à long terme. Avant l'âge de 45 ans, moins de 6% des effectifs de la population étaient limités

dans leurs activités. Entre 45 et 64 ans, 17% le devenaient. Entre 65 et 74 ans, ce taux augmentait à 31%, et pour ceux âgés de 75 ans ou plus, à 45%.

Le tableau 4.3 et le graphique 4.1 montrent les disparités régionales dans l'incapacité des personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus. L'indice comparatif d'incapacité correspond au nombre observé de personnes limitées dans leurs activités multiplié par 100 et divisé par le nombre attendu de personnes limitées dans leurs activités. Il est obtenu en appliquant les taux par âge et par sexe du Québec à la population de la région. Les régions d'Abitibi/Témiscamingue et de la Côte-Nord avaient les taux les plus élevés de limitation dans les activités, alors que les régions de Montréal (régions 6A, 6B et 6C ensemble) et de l'Estrie avaient les plus bas[1].

---

1 Cependant, cette enquête ne permettait pas une analyse détaillée par région de la sévérité de la limitation ou du degré de dépendance, n'étant pas basée sur un échantillon suffisamment grand. L'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada de 1986, effectuée sur une échelle beaucoup plus grande, devrait fournir une information détaillée au niveau régional et sous-régional. L'Enquête Santé Québec de 1987 devrait aussi fournir des taux estimés d'incapacité par région, mais, étant donné une taille d'échantillon plus restreinte, ces estimés n'auront pas la précision de ceux donnés par l'Enquête sur la santé et l'incapacité.

CHAPITRE 5 :

FACTEURS DE RISQUE

D'après le modèle de santé adopté par l'Enquête Santé Canada (1981), les facteurs de risque agissent directement sur l'état de santé, qui à son tour affecte la qualité de la vie et l'emploi des services de santé. On peut identifier trois grandes catégories de facteurs de risque : les facteurs biologiques tels que le profil génétique, l'âge et le sexe; les facteurs liés à l'environnement, par exemple le milieu socio-culturel et physique dans lequel les gens vivent; enfin les facteurs reliés aux habitudes de vie.

Ce chapitre a pour but d'examiner les données de l'Enquête Santé Canada par rapport à certains facteurs de risque pour la santé : le tabagisme, l'alcool, l'omission du port de la ceinture de sécurité, l'inactivité physique, l'absence d'examen pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le mécontentement et l'isolement social.

Le tableau 5.1 donne le pourcentage des hommes et des femmes de 15 ans et plus au Québec classés dans chacune des catégories de risque au moment de l'enquête. Le tableau 5.2 présente la même information selon le sexe pour les jeunes adultes, les adultes d'âge moyen et les personnes âgées. Enfin on retrouve au tableau 5.3 l'indice comparatif de risque selon la région et la taille de la communauté. L'indice comparatif de risque correspond au nombre de personnes à risque observées dans la région multiplié par 100 et divisé par le nombre attendu de personnes à risque. Ce nombre attendu de personnes à risque est obtenu en appliquant les taux spécifiques par âge et par sexe pour l'ensemble du Québec à la population régionale. Par définition, une valeur de 100 sur l'indice comparatif de risque correspond au taux québécois. Des valeurs supérieures à 100 indiquent un risque plus élevé.

A cause de la taille restreinte de l'échantillon de l'Enquête Santé Canada, il n'a pas été possible d'obtenir des données pour chacune des régions du Québec. Cependant, des résultats étaient disponibles pour trois groupes de région : "Montréal" (Montréal-Métropolitain, Laurentides/ Lanaudière, Montérégie); "autres régions centrales" (Québec, Trois-Rivières, Estrie, Outaouais); et "régions périphériques" (Bas Saint-Laurent/Gaspésie, Saguenay/Lac Saint-Jean, Abitibi/Témiscamingue, Côte-Nord). Des résultats ont aussi été compilés d'après la taille de la communauté, sans égard aux limites régionales, pour les catégories suivantes : "région métropolitaine de recensement de Montréal" (Ile de Montréal, Laval, Rive Sud, Rive Nord); "autres centres urbains" (dépassant 10 000 habitants); et "régions rurales et petites villes" (moins de 10 000 habitants).

Les données présentées dans ce chapitre ont été ajustées pour tenir compte des différences dans la structure par âge et par sexe, mais elles ne tiennent pas compte des écarts entre régions ou communautés par rapport à certains indicateurs tels le statut socio-économique ou le niveau de scolarité. Il est donc possible que les inégalités entre régions ou communautés soient plus fortement liées au niveau de scolarité, par exemple, qu'à la situation géographique ou à la taille de la communauté. Le regroupement des données en trois grandes catégories de régions et de tailles de la communauté nécessite également une mise en garde : les catégories étant très larges, les variations tendent à s'amenuiser. S'il y avait eu davantage de catégories, de plus grandes variations auraient pu paraître.

Tabagisme

La prévention du tabagisme et l'encouragement à cesser de fumer présentent d'énormes défis pour les organismes de santé publique. Par rapport aux non-fumeurs, les fumeurs de cigarettes ont deux fois plus de chances de mourir à un âge moyen[1]. Ils sont aussi susceptibles de mourir que les non-fumeurs de dix ans plus âgés qu'eux. Les risques associés au tabagisme sont directement reliés au nombre de cigarettes fumées, au degré d'inhalation et à l'âge d'initiation à la cigarette. Le risque excédentaire encouru par les anciens fumeurs décroit graduellement après l'abandon de la cigarette (Ducharme, 1977).

De nombreuses études ont établi un lien précis entre le nombre de cigarettes fumées et les cancers du poumon, de la bouche, du larynx et de l'oesophage d'une part, et les maladies coronariennes de l'autre. Les fumeurs s'exposent à un risque fortement accru de mortalité due à la bronchite chronique ou à l'emphysème. De plus, et c'est peut-être encore plus significatif, ces affections sont une cause importante de maladie, d'absentéisme ou d'incapacité chronique. Les femmes qui fument durant leur grossesse accouchent d'enfant de poids généralement inférieur, et ont plus de chances d'avoir des fausses couches, des enfants mort-nés ou des enfants morts au cours des premiers jours de vie. Les incendies causés par la cigarette entraînent d'énormes pertes économiques et coûtent la vie à près de 100 Canadiens chaque année. Pour toutes ces raisons, les organismes de

---

1 Deux grands fumeurs sur cinq meurent avant d'atteindre 65 ans, comparé à un non-fumeur sur cinq.

santé publique doivent favoriser les campagnes concernant la prévention du tabagisme et l'encouragement à cesser de fumer.

En 1979, 37% des Canadiens âgés de 15 ans et plus fumaient quotidiennement la cigarette, et environ un tiers parmi ceux-ci fumaient au moins 23 cigarettes par jour (Enquête Santé Canada, 1981). Les fumeurs prédominaient nettement chez les gens peu scolarisés, chez les chômeurs et chez les cols bleus. De plus, les grands buveurs avaient tendance à être de grands fumeurs. Au Québec en 1979, 43% de la population fumait régulièrement.

Comme le font voir le tableau 5.3 et le graphique 5.1, dans les régions périphériques du Québec (Bas Saint-Laurent/Gaspésie, Saguenay/Lac Saint-Jean, Abitibi/Témiscamingue, Côte-Nord), l'indice comparatif de risque par rapport au tabagisme dépassait de 6% l'indice provincial. Cet excédent était strictement dû à la population masculine de ces régions, pour qui l'indice de tabagisme dépassait de 12% l'indice masculin québécois. Si la proportion de fumeurs des régions périphériques avait correspondu à celle du Québec en général, il y aurait eu environ 17 000 fumeurs de moins, la plupart masculins. De même, si la proportion de fumeurs des régions périphériques avait été semblable à la proportion canadienne, il y aurait eu 45 000 fumeurs de moins.

L'indice de tabagisme variait selon la taille de la communauté. Dans les grands centres urbains (plus de 10 000 habitants, excluant Montréal), l'indice dépassait l'indice provincial de 5%. Une fois de plus, les hommes étaient responsables de l'excès. Dans les régions rurales et les petites

villes (moins de 10 000 habitants), l'indice était de 8% inférieur à celui du Québec.

Alcool

La société dans son ensemble paye très cher les conséquences de la consommation excessive d'alcool. L'espérance de vie des gens ayant un problème de boisson est de 12 ans inférieure à celle de la population en général. La consommation d'alcool est directement liée à la cirrhose du foie, à l'alcoolisme, à la psychose alcoolique et à l'empoisonnement alcoolique accidentel. De même, elle s'associe indirectement à une forte proportion des accidents de la route, des chutes, des incendies, des noyades, des homicides et des suicides, et est un facteur de risque par rapport aux maladies cardio-vasculaires et respiratoires, et aux cancers de la bouche, de l'oesophage et du larynx (Roy, 1985b).

Au Canada, en 1980, un décès sur dix était relié de façon directe ou indirecte à l'alcool (Groupe de travail de la statistique sur l'alcool, 1984). Au Québec, environ 4 000 décès chaque année étaient imputables à une consommation abusive d'alcool.

Au delà de son influence sur la mortalité, l'alcoolisme est aussi une cause reconnue d'hospitalisation, d'incapacité et de baisse de productivité au travail. L'alcoolisme provoque chez l'individu et sa famille une énorme souffrance psychologique et émotionnelle. La consommation abusive d'alcool doit être reconnue et évaluée par les organismes de santé publique qui

doivent faire de la prévention des problèmes liés à l'alcool un de leurs principaux objectifs.

En 1979, 80% des Canadiens de 15 ans et plus consommaient de l'alcool au moins à l'occasion (Enquête Santé Canada, 1981). Les buveurs réguliers (au moins une fois par mois) étaient plus fréquents chez les hommes et parmi les groupes de statut économique et socio-professionnel élevé. Environ 12% de la population prenait au moins 14 consommations par semaine -- la plus haute catégorie utilisée pour l'Enquête Santé Canada. Quatorze consommations ou plus par semaine ne constitue pas forcément un niveau dangereux, mais le taux d'alcoolisme dans une population donnée augmente avec le niveau général de consommation d'alcool dans cette même population (Makela et al., 1981).

En 1979, 10% des Québécois âgés de 15 ans ou plus (environ 480 000 personnes) prenaient au moins 14 consommations d'alcool par semaine, comparé à 12% des Canadiens. Le taux québécois était six fois plus élevé pour les hommes (17%) que pour les femmes (3%) et décroissait avec l'âge chez les deux sexes.

Au Québec, l'indice de risque pour l'alcool (basé sur la proportion des personnes âgées de 15 ans et plus prenant au moins 14 consommations par semaine) était le plus élevé dans les régions centrales excluant Montréal (111) et le moins élevé dans les régions périphériques (87). L'indice élevé des régions centrales était surtout attribuable aux hommes, pour qui l'indice dépassait de 13% celui de la province.

L'indice de risque pour l'alcool variait selon la taille de la communauté et atteignait son niveau le plus élevé (108) dans les régions rurales et les petites villes de moins de 10 000 habitants. Parmi les hommes de ces régions, l'indice dépassait de 20% celui de l'ensemble des Québécois de sexe masculin.

Ceinture de sécurité rarement bouclée

Les accidents au volant sont parmi les causes principales de décès et de blessures au Canada, surtout chez les jeunes adultes. Si les automobilistes et leurs passagers bouclaient régulièrement et adéquatement leur ceinture de sécurité, le risque général de blessure chuterait de 25%, le risque de blessure grave de 50% et celui de blessure fatale de 65% (Waller, 1985).

En 1979, 30% des Canadiens âgés de 15 ans et plus indiquaient qu'ils ne bouclaient jamais ou rarement leur ceinture de sécurité. Dans les quatre provinces où le port de la ceinture était obligatoire (Québec, Ontario, Saskatchewan et Colombie Britannique), 21% rapportaient qu'ils ne la bouclaient que rarement, comparé à 65% dans les provinces où le port était facultatif. La législation aurait donc possiblement un effet appréciable sur le port de la ceinture de sécurité. Le port de la ceinture variait peu avec l'âge et les femmes avaient tendance à l'utiliser un peu plus souvent que les hommes.

En 1979 au Québec, 20% des automobilistes et des passagers de 15 ans et plus (environ 970 000 personnes) ne bouclaient jamais ou rarement leur ceinture de sécurité. Les différences interrégionales étaient grandes

(tableau 5.3 et graphique 5.2). La ceinture de sécurité était beaucoup plus rarement portée dans les régions périphériques (où l'indice de risque s'élevait à 145) qu'ailleurs au Québec, les deux sexes la délaissant de façon égale. Si l'emploi de la ceinture de sécurité dans les régions périphériques avait égalé le taux québécois, environ 44 000 hommes et femmes habitant ces régions auraient été protégés contre la mort et les blessures corporelles associées au non emploi de la ceinture de sécurité.

Le port de la ceinture de sécurité variait aussi d'après la taille de la communauté. L'indice comparatif de risque dépassait de 20% celui de la province dans les communautés de moins de 10 000 habitants et était 7% inférieur à l'indice provincial dans la région métropolitaine de recensement de Montréal (y compris Laval et la Rive Sud).

Inactivité physique

Plusieurs études épidémiologiques ont noté un rapport inverse très puissant entre le niveau d'activité physique et le risque de maladie coronarienne (Paffenbarger et Hyde, 1984; Paffenbarger et al., 1986). Même lorsque l'âge, le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'obésité et l'histoire familiale sont pris en considération, les hommes inactifs courent un risque de maladie coronarienne deux à trois fois supérieur à celui des hommes plus actifs. De plus, les personnes inactives ayant souffert d'une crise cardiaque sont plus sujettes aux complications et ont en moyenne une convalescence plus longue. Une augmentation de l'activité physique régulière entraîne aussi une diminution du risque de diabète sucré (Vranic et Berger, 1979) et d'ostéoporose (Montoye et al., 1976).

En 1979, 16% des Canadiens de 15 ans et plus étaient sédentaires (aucune activité physique ou très peu). Les personnes sédentaires étaient plus souvent malades, consommaient plus de médicaments et visitaient un médecin plus souvent que les personnes physiquement actives. De plus, les personnes sédentaires avaient tendance à souffrir plus souvent d'hypertension et à obtenir de mauvais résultats concernant les indicateurs de santé émotionnelle (Enquête Santé Canada, 1981).

En 1979, 19% des Québécois âgés de 15 ans ou plus, soit environ 904 000 personnes, étaient sédentaires. Si le taux québécois de sédentarité avait été semblable au taux canadien, il y aurait eu une diminution de 138 000 personnes sur le nombre de Québécois physiquement inactifs.

Comme l'indique le tableau 5.3, l'indice de sédentarité était plus élevé dans la région de Montréal (104) que dans les autres régions centrales (92) ou dans les régions périphériques (98). Il variait aussi selon la taille de la communauté. Parmi les communautés de 10 000 à 999 999 habitants, les hommes étaient physiquement plus actifs que ceux de l'ensemble de la province, alors que les femmes de ces communautés étaient moins actives. L'indice comparatif de risque dans ces communautés s'établissait à 96 et à 104 respectivement pour les hommes et les femmes. Dans les régions rurales et les villes de moins de 10 000 habitants, l'indice comparatif de sédentarité dépassait l'indice provincial de 13% (113) chez les hommes alors qu'il était de 16% inférieur à l'indice québécois (84) chez les femmes.

Hypertension artérielle

L'hypertension est un facteur de risque important par rapport aux maladies cardio-vasculaires et prédispose l'individu aux maladies coronariennes et cérébro-vasculaires. L'hypertension artérielle peut aussi affecter les reins et la rétine. Normalement, l'hypertension ne présente aucun symptôme et peut donc longtemps échapper à la détection. Le groupe d'étude sur l'examen médical périodique préconise que la pression artérielle soit mesurée dans le cadre de tout examen médical périodique et de tout examen auprès d'un adulte par une équipe de soins de première ligne (Groupe d'étude sur l'examen médical périodique, 1980).

D'après la classification des diagnostics donnée dans la section sur les mesures physiques de l'Enquête Santé Canada de 1979, 22% des Canadiens de 15 ans et plus, soit 4,6 millions de personnes, manifestaient une certaine hypertension artérielle. Parmi ceux-ci, 185 000 souffraient d'hypertension artérielle marquée et auraient sans doute profité de médicaments, tandis que 2,6 millions avaient une tension artérielle moins élevée et auraient peut-être bénéficié de traitement. Deux tiers des Canadiens souffrant d'hypertension artérielle n'en étaient pas conscients (seulement 7% des Canadiens interviewés dans le cadre de l'Enquête Santé Canada ont rapporté souffrir d'hypertension artérielle) et un cinquième de ceux qui connaissaient leur condition n'utilisaient aucun médicament contre l'hypertension.

En 1979, 8% des Québécois âgés de 15 ans et plus, soit environ 370 000 personnes, interviewés dans le cadre de l'Enquête Santé Canada ont rapporté souffrir d'hypertension artérielle (Enquête Santé Canada, 1981). Le taux

était plus élevé chez les femmes (10%) que chez les hommes (6%) et augmentait avec l'âge chez les deux sexes. Si un tiers seulement des Québécois souffrant d'hypertension artérielle en étaient conscients, 740 000 personnes souffraient probablement d'hypertension sans le savoir. Parmi les 370 000 personnes conscientes de leur hypertension, on peut estimer que 74 000 n'utilisaient en toute probabilité aucun médicament.

Absence de dépistage pour le cancer du col de l'utérus

Le rapport du Groupe d'étude sur l'examen médical périodique (1980) indique que l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus et de la mortalité qui en résulte pourrait être réduite par le recours périodique à un examen de dépistage. Le rapport recommande que les femmes courant un risque élevé du cancer du col de l'utérus -- celles dont l'activité sexuelle aurait débuté à un jeune âge ou qui auraient eu de nombreux partenaires -- se soumettent une fois par an à un test Pap. Toutes les autres femmes ayant des activités sexuelles devraient subir le même examen tous les trois ans jusqu'à l'âge de 35 ans, et ensuite tous les cinq ans.

En 1979, 21% des Canadiennes de 15 ans et plus ont rapporté n'avoir jamais subi de test Pap (Enquête Santé Canada, 1981). Le taux était plus élevé parmi les femmes âgées de 65 ans et plus (36%)[1]. Seulement 10% des femmes de 20 à 64 ans n'avaient jamais été testées pour le cancer du col de l'utérus. Les femmes peu scolarisées avaient moins souvent tendance à se soumettre au test Pap.

---

[1] Chez les adolescentes, 67% disaient n'avoir jamais subi de test Pap, mais seulement celles qui avaient une vie sexuelle active couraient un risque de cancer du col de l'utérus.

Au Québec, 24% des femmes de 15 ans et plus disaient n'avoir jamais eu de test Pap. Si le taux québécois avait correspondu au taux canadien, environ 88 000 Québécoises de plus auraient été examinées pour le cancer du col de l'utérus au moins une fois. L'absence d'examen pour le dépistage du cancer du col de l'utérus était plus élevée dans les régions périphériques ainsi que dans les villes de moins de 10 000 habitants et les régions rurales (tableau 5.3 et graphique 5.1).

Mécontentement

L'Enquête Santé Canada a adopté un certain nombre d'indicateurs de bien-être émotionnel et de détresse pour isoler les sous-groupes de la population relativement malheureux. Parmi les groupes identifiés, on retrouvait les adolescents, les personnes âgées, veuves, divorcées ou séparées, les pauvres et enfin les personnes sédentaires pour raison de santé ou autre. Ceux qui rapportaient souffrir de détresse psychologique avaient tendance à jouir d'une moins bonne santé, à être physiquement moins actifs et à prendre des tranquillisants et des somnifères plus souvent que ceux qui ne croyaient pas souffrir de détresse psychologique.

En 1979, 9% des Québécois âgés de 15 ans ou plus, soit environ 440 000 personnes, se disaient "pas si heureux". Le taux était plus élevé chez les femmes (10%) que chez les hommes (8%) et augmentait avec l'âge.

L'indice comparatif de mécontentement, ajusté selon l'âge, était particulièrement élevé chez les hommes habitant les régions périphériques du

Québec (118), mais au-dessous de l'indice provincial pour les femmes des ces régions (95).

Parmi les hommes, l'indice de mécontentement variait peu selon la taille des communautés. Cependant, la proportion de femmes malheureuses était plus forte dans les plus grandes et les plus petites communautés que dans les communautés de taille moyenne.

Isolement social

Il devient de plus en plus apparent que "le soutien de la société a un effet positif direct sur l'état de santé et sert d'amortisseur ou de modulateur des stress psychosociaux et physiques agissant sur la santé physique et mentale d'un individu" (Broadhead et al., 1983).

Un indicateur d'isolement social -- peu de contacts sociaux pendant les loisirs -- a été utilisé lors de l'Enquête Santé Canada. En 1979, 12% des Québécois âgés de 15 ans ou plus, soit environ 570 000 personnes, se disaient toujours ou la plupart du temps seuls au moment de leurs loisirs. Le taux était plus élevé chez les femmes (13%) que chez les hommes (11%) et augmentait régulièrement avec l'âge chez les deux sexes, de sorte que 21% des personnes âgées de 65 ans ou plus, soit environ 100 000 personnes, passaient leurs loisirs presque toujours seules.

Chez les deux sexes, l'indice d'isolement social était le plus élevé (118) dans les régions rurales et les communautés de moins de 10 000

habitants. Parmi les femmes vivant dans ces régions, l'indice d'isolement social dépassait de 26% celui des Québécoises en général.

Résumé

Les données présentées dans ce chapitre signalent d'importantes inégalités par rapport à certains facteurs de risque d'une région ou d'une taille de communauté à l'autre.

Les facteurs de risque associés aux habitudes de vie pour lesquels l'indice dépassait d'au moins 10% celui de la province étaient plus nombreux dans les régions périphériques ainsi que dans les communautés de moins de 10 000 habitants et dans les régions rurales que dans le reste du Québec. La population de ces régions courait en particulier un risque anormalement élevé de problèmes de santé associés au port infréquent de la ceinture de sécurité et à l'hypertension artérielle.

L'indice relatif au port infréquent de la ceinture de sécurité pour les régions périphériques, de 45% supérieur à l'indice provincial, était particulièrement remarquable. Les hommes habitant ces régions couraient aussi un risque accru de problèmes de santé causés par le tabagisme et la consommation d'alcool. Ils étaient moins heureux et physiquement moins actifs que la population masculine québécoise prise dans son ensemble. L'isolement social était aussi plus fréquent pour les femmes peuplant les régions périphériques et les plus petites communautés et, de même, la fréquence d'examen pour le dépistage du cancer du col de l'utérus y était plus basse que pour le reste du Québec.

CONCLUSION

Résumer le grand nombre de données présentées dans ce rapport n'est pas une tâche facile. Le tableau 6.1 récapitule les statistiques saillantes pour chaque région et chaque DSC. A partir des données présentées ici, on peut cependant affirmer qu'il existe en effet des inégalités régionales et que celles-ci sont même considérables par rapport à certains indicateurs socio-sanitaires. Les inégalités de santé sont particulièrement frappantes par DSC dans la région montréalaise.

Rappellons que les changements dans l'état physique, social et mental d'une population ne dépendent pas uniquement, ou même majoritairement, des ressources relatives aux soins de santé et aux services sociaux. Aujourd'hui, au Québec comme ailleurs dans le monde occidental, ces ressources socio-sanitaires visent le soulagement de souffrances qui existent déjà. Nous croyons cependant que la plupart des disparités quant au bien-être socio-sanitaire peuvent être corrigées par la prévention, via l'éducation et la réduction des niveaux de pauvreté.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAIRE, André. **Système de données socio-sanitaires, Région 10B, Avril 1985 - Mars 1986.** Montréal : Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1986.

BERNARD, Jean-Marc et Louise GUYON-BOURBONNAIS. **La géographie de la mortalité au Québec, 1969-1972 : Les régions socio-sanitaires.** Collection : Les indicateurs de santé. Québec : Service des études épidémiologiques, Ministère des affaires sociales, décembre 1975.

BROADHEAD, W.E., B.H. KAPLAN, S.A. JAMES, E.H. WAGNER, V.J. SCHOENBACH, R. GRIMSON, S. HEYDEN, G. TIBBLIN, and S.H. GEHLBACH. The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. **American Journal of Epidemiology,** Vol. 117, No. 5, 1983, pp. 521-537.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. **Le Québec statistique, Edition 1985-1986.** Québec : Les Publications du Québec, 1985.

ENQUETE SANTE CANADA. **La santé des canadiens.** Statistique Canada, catalogue 82-538F. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1981.

CAMIRAND, François. **Estimation des coûts directs de la maladie au Québec en 1980-1981 : Document technique.** Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Infant mortality among black Americans. **Morbidity and Mortality Weekly Report,** Vol. 36, No. 1, January 16, 1987, pp. 1-10.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Premature mortality in the United States : Public health issues in the use of years of potential life lost. **Morbidity and Mortality Weekly Report,** Vol. 35, No. 2S, December 19, 1986, pp.1-11.

COMITE D'ETUDE SUR LA PROMOTION DE LA SANTE. **Objectif santé.** Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984.

COMITE PROVINCIAL DES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE SUR LES TRAUMATISMES ROUTIERS. **Objectif 50% en 5 ans : un point de vue de santé publique sur la réduction du nombre des victimes de la route.** Mémoire. Québec : Association des hôpitaux du Québec, novembre 1986.

DAWBER, T. R., The Framingham Study. **The Epidemiology of Artherosclerotic Disease.** Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press, 1980.

DILLARD, Sylvie. **Durée ou qualité de la vie?** Conseil des affaires sociales et de la famille. Québec : Editeur officiel du Québec, 1983.

DUCHARME, Iles M. **Smoking and Health in Canada.** Notes de recherche 77-3. Planification à long terme (santé). Ottawa : Santé et bien-être social Canada, mars 1977.

DUVAL, Bernard and François THERIEN. Demography, mortality and morbidity of the northern Quebec Inuit. In Bent HARVAL and J.P. HART HANSEN, eds., **Circumpolar Health '81.** Copenhagen : Nordic Council for Arctic Medical Research, 1982, pp. 206-211.

GROUPE D'ETUDE SUR L'EXAMEN MEDICAL PERIODIQUE. (Walter O. Spitzer, Président). **L'examen médical périodique.** Santé et bien-être social Canada, catalogue H39-3/1980F. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services, Canada, 1980.

GROUPE DE TRAVAIL DE LA STATISTIQUE SUR L'ALCOOL. **L'alcool au Canada : une perspective nationale.** Catalogue H39-76/1984F. Ottawa : Santé et bien-être social Canada, 1984.

GUILLEMETTE, André. L'évolution de la mortalité différentielle selon le statut socio-économique sur l'Ile de Montréal, 1961-1976. **Cahiers québécois de démographie,** 1983, vol. 12, no. 1, pp. 29-50.

HAINCE, Sylvain. **Répartition de la population du Québec de 1971, 1976 et 1981 par groupe d'âges quinquennaux et sexe, selon les territoires de CLSC, DSC et RSS.** Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation des programmes. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, août 1985.

JOSSA, Diana. **L'Usage du tabac au Canada en 1983.** Direction Promotion de la santé, Santé et bien-être social Canada. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1985.

L'ABBÉ, Jean. La santé au Nouveau-Québec Inuit. Réflexions sur les problèmes de santé et le système mis en place pour les régler. (Health among the Northern Quebec Inuit. A Perspective on Health and the Health Care System). **Etudes Inuit Studies,** 5(1), 1981, pp. 63-81.

LEVASSEUR, Madeleine. **Les problèmes prioritaires : La maladie selon les âges de la vie.** Collection : La santé des québécois. Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983.

MAKELA, Klaus, Robin ROOM, Eric SINGLE, Pekka SULKUNEN, and Brendan WALSH. **Alcohol, Society and the State,** Volume 1 (Report of the International Study of Alcohol Control Experiences, in Collaboration with the World Health Organisation Regional Office for Europe). Toronto : Addiction Research Foundation, 1981.

McDOWELL, Ian et Ed PRAULT. **Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-84.** Statistique Canada, catalogue 82-555F. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1986.

MILLAR, W. J. **L'usage du tabac chez les canadiens en 1981.** Direction Promotion de la santé, Santé et bien-être social Canada. Catalogue H39-66/1983F. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1983.

MONTOYE H. J., J. F. MCCABE, H. L. METZNER, et al. Physical activity and bone density. **Human Biology,** 1976, vol. 48, pp. 599-610.

NAGNUR, Dhruva. **Longévité et tables de mortalité chronologiques 1921-1986.** Statistique Canada, catalogue 89-506. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1986.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. **Annuaire de statistiques sanitaires mondiales,** vol. 1, Mouvement de la population et causes de décès. Divers années.

PAFFENBARGER, Ralph S. and Robert T. HYDE. Exercise in the prevention of coronary heart disease. **Preventive Medicine,** Vol. 13, 1984, pp.3-22.

PAFFENBARGER, Ralph S., Jr., Alvin L. WING, and Chung-Cheng HSIEH. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. **New England Journal of Medicine,** Vol. 314, No. 10, March 6, 1986, pp. 605-613.

PAMPALON, Robert. **La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983.** Etudes de santé, no. 2. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, juillet 1986.

PELCHAT, Yolande et Russell WILKINS. **Dossier naissances : quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveau-nés de la Région 6A, 1979-83.** Montréal : Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal-métropolitain, avril 1987.

PELCHAT, Yolande et Russell WILKINS. **Fréquentation hospitalière de la population autochtone de la Baie James, 1981-82 à 1984-85.** Montréal : Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, décembre 1986.

PÉRON, Yves et Claude STROHMENGER. **Indices démographiques et sanitaires : Présentation et interprétation.** Statistique Canada, catalogue 82-543F. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1985.

ROBINE, Jean-Marie. **L'espérance de vie sans incapacité : Des indicateurs globaux de l'état de santé des populations.** Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, août 1986.

ROBINSON, Elizabeth. **La santé des cris de la Baie James, 1985.** Montréal : Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1985.

ROY, Laurent. **Le point sur les habitudes de vie : L'activité physique. Données québécoises.** Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, 1985a.

ROY, Laurent. **Le point sur les habitudes de vie : L'alcool. Données québécoises.** Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, 1985b.

ROY, Laurent. **Le point sur les habitudes de vie : Le tabac. Données québécoises.** Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, septembre 1985c.

ROY, Laurent et Lyne BOUCHARD. **Le point sur les habitudes de vie : L'alimentation. Données québécoises.** Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, novembre 1985.

STATISTIQUE CANADA. Totalisations spéciales de l'Enquête Santé Canada, pour le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, novembre 1986.

STATISTIQUE CANADA. Totalisations spéciales de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, pour le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, octobre 1986.

STATISTIQUE CANADA. **Tables de mortalité, Canada et provinces, 1980-1982.** Catalogue 84-532. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1985.

STATISTIQUE CANADA. **Causes de décès, 1981.** Catalogue 84-203. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services Canada, 1982.

VRANIC, M., and M. BERGER. Exercise and diabetes mellitus. **Diabetes,** 1979; 28 : 147-63.

WALLER, J. A. **Injury control : A guide to the causes and prevention of trauma.** Lexington, Massachusetts : D.C. Heath and Company, 1985.

WILKINS, Russell. **Données sur la pauvreté dans la région métropolitaine de Montréal.** Montréal : Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1985.

WILKINS, Russell. The burden of ill-health in Canada : socio-economic inequalities in the healthfulness of life. In Cooper, McCalla and Mustard, eds., **Proceedings of the Population Health Special Lectures Series.** Hamilton : McMaster University Faculty of Health Sciences, 1984.

WILKINS, Russell. **L'état de santé au Canada, 1926-1976 : L'espérance de vie augmente, les différences régionales diminuent, les inégalités sociales persistent.** Document hors série no. 13. Montréal : Institut de recherches politiques, 1980.

WILKINS, Russell et Owen B. ADAMS. Changements dans la durée de vie en bonne santé chez les personnes âgées : une approche empirique. **Revue d'épidémiologie et de santé publique,** 1987. (à paraître)

WILKINS, Russell et Owen B. ADAMS. **Healthfulness of life : A unified view of mortality, institutionalization, and non-institutionalized disability in Canada, 1978.** Montréal : Institut de recherches politiques/Institute for Research on Public Policy, 1983.

WILKINS, Russell et Yolande PELCHAT. **Dossier décès, Région 6A, 1979-1983.** Montréal : Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

TABLEAU 1.1

Population et caractéristiques socio-économiques*, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1981

Région/Département (DSC)	Population #	Femmes %	Groupe d'âge <15 ans %	Groupe d'âge 65+ ans %	Langue maternelle "autre" %	Vivant seul %	Familles monoparentales %	Scolarité <9 ans %	Scolarité Univ. %	En dehors du marché du travail %	Taux de chômage %	Revenu moyen ménage x 1 000 $	Pauvreté %
Total, province de Québec	**6 438 090**	**50,7**	**21,7**	**8,8**	**6,6**	**6,6**	**11,9**	**26,4**	**13,5**	**38,7**	**10,9**	**22,9**	**21,8**
R1 Bas Saint-Laurent/Gaspésie	234 020	49,7	23,8	9,0	0,5	3,6	10,8	32,6	8,2	43,5	20,9	20,7	23,7
R2 Saguenay/Lac Saint-Jean	299 575	49,4	25,4	5,7	1,1	3,0	10,0	24,3	9,7	43,8	16,6	22,5	23,4
R3 Québec	1 018 980	50,8	22,1	9,0	0,6	5,6	11,1	27,3	12,2	40,4	12,1	22,7	21,5
R4 Trois-Rivières	448 605	50,5	21,7	9,8	0,8	5,5	11,3	29,6	8,8	42,7	12,8	20,1	24,4
R5 Estrie	256 245	50,8	23,0	9,9	1,0	6,2	11,2	28,8	11,4	39,6	11,5	20,2	23,0
R6A Montréal-Métropolitain	2 028 445	52,0	17,6	10,8	16,5	10,4	14,5	25,0	18,7	36,7	8,8	23,3	22,8
R6B Laurentides/Lanaudière	562 760	49,7	24,1	7,6	1,9	4,4	9,6	29,4	9,7	38,8	9,9	22,8	20,7
R6C Montérégie (Rive Sud)	1 058 895	50,2	23,8	7,2	2,1	4,9	10,3	24,2	12,4	36,3	8,5	24,3	18,8
R7 Outaouais	242 920	50,1	23,7	7,3	0,3	4,6	12,5	22,8	11,9	37,4	12,2	22,8	23,2
R8 Abitibi/Témiscamingue	157 400	48,8	26,4	6,3	2,9	4,7	10,9	31,5	8,3	40,1	13,2	22,6	20,4
R9 Côte-Nord	118 340	48,6	27,8	3,7	4,3	3,5	9,5	26,6	8,1	40,1	18,7	26,1	17,0
D1 Lakeshore	217 870	50,6	22,4	7,6	10,8	5,8	10,5	12,4	27,9	34,0	6,2	30,5	11,2
D2 Verdun	185 010	52,4	17,4	10,6	10,3	9,9	16,9	30,1	11,0	39,7	9,0	20,7	23,0
D3 Maisonneuve-Rosemont	403 400	52,1	17,2	9,6	14,5	8,7	15,8	29,6	10,8	36,5	9,2	21,8	20,8
D4 Sainte-Justine	165 680	54,8	14,7	18,3	25,8	14,7	14,0	15,0	39,3	36,5	7,8	29,1	19,0
D5 Général de Montréal	194 530	52,3	14,3	14,5	23,0	18,9	17,7	21,8	34,0	35,8	9,3	23,8	27,5
D6 Sacré-Coeur	338 235	52,8	17,3	10,5	21,6	9,1	15,9	26,1	15,7	35,7	8,7	22,6	20,8
D7 Saint-Luc	255 385	51,6	14,5	13,5	19,7	16,2	20,0	37,8	12,4	41,7	12,5	15,9	35,0
D8 Cité de la Santé (Laval)	268 328	50,0	21,7	5,7	8,6	4,1	10,6	19,1	14,3	34,1	7,6	27,2	13,7

Source: Compilation spéciale du recensement du Canada de 1981 fournie par le Bureau de la Statistique du Québec (langue maternelle par région administrative), le Service des Études opérationnelles, Ministère de la santé et des services sociaux (autres variables par région socio-sanitaire) et le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal (ensemble des données par DSC).

Note: * Les colonnes sont: population totale; femmes par rapport à la population totale; moins de 15 ans, 65 ans et plus dans la population totale; langue maternelle autre que le français ou l'anglais dans la population totale (données par région administrative); personnes vivant seules dans la population totale; familles monoparentales par rapport à toutes les familles (avec ou sans enfant); plus haute scolarité, moins de 9 ans, études universitaires (partielles ou complétées) dans la population âgée de 15 ans et plus; personnes sans emploi qui cherchent du travail rémunéré; revenu moyen par ménage en 1980; taux de pauvreté (en bas du seuil de faible revenu de Statistique Canada).

TABLEAU 2.1

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec et Canada, 1926 à 1981 (années)

	Québec			Canada			Ecart Canada-Québec		
Années	**Total**	**Hommes**	**Femmes**	**Total**	**Hommes**	**Femmes**	**Total**	**Hommes**	**Femmes**
1926	53.75	53.05	54.45	61.40	60.47	62.33	7.65	7.42	7.88
1931	56.95	56.17	57.72	61.03	60.00	62.06	4.08	3.83	4.34
1936	59.23	58.17	60.29	62.50	61.34	63.66	3.27	3.17	3.37
1941	61.77	60.36	63.17	64.68	63.04	66.31	2.91	2.68	3.14
1946	64.55	62.97	66.12	66.84	65.06	68.62	2.29	2.09	2.50
1951	66.62	64.53	68.70	68.65	66.40	70.90	2.03	1.87	2.20
1956	68.63	66.20	71.05	70.32	67.68	72.95	1.69	1.48	1.90
1961	70.12	67.36	72.88	71.35	68.44	74.26	1.23	1.08	1.38
1966	70.88	67.80	73.96	71.99	68.73	75.25	1.11	0.93	1.29
1971	71.77	68.30	75.24	72.93	69.40	76.45	1.16	1.10	1.21
1976	72.90	69.04	76.76	73.98	70.26	77.70	1.08	1.22	0.94
1981	74.90	71.03	78.76	75.47	71.88	79.06	0.57	0.85	0.30

Note: Les chiffres se rapportent aux périodes triennales autour des années de recensement.

Source: Dhruva Nagnur, Longévité et tables de mortalité chronologiques 1921-1986 (Statistique Canada, catalogue 89-506), Ottawa: Ministère des approvisionnements et services Canada, 1986.

TABLEAU 2.2

Gains quinquennaux en espérance de vie à la naissance, par sexe, Québec, 1951 à 1981

Période	Gain en années de vie		
	Total	Hommes	Femmes
1951 - 1956	2,01	1,67	2,35
1956 - 1961	1,49	1,16	1,83
1961 - 1966	0,76	0,44	1,08
1966 - 1971	0,89	0,50	1,28
1971 - 1976	1,13	0,74	1,52
1976 - 1981	2,00	1,99	2,00

Note: Données basées sur des périodes triennales autour des années de recensement telles qu'indiquées. Le total égale la moyenne des espérances de vie de chaque sexe.

Source: Dhruva Nagnur, Longévité et tables de mortalité chronologiques 1921-1986 (Statistique Canada, catalogue 89-506), Ottawa: Ministère des approvisionnements et services Canada, 1986.

TABLEAU 2.3

Espérance de vie à la naissance par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-83

Région/Département (DSC)	Espérance de vie à la naissance (ans)			
	Total[1]	Hommes	Femmes	Différence[2]
Total, province de Québec	**75,3**	**71,1**	**79,4**	**8,3**
R1 Bas Saint-Laurent/Gaspésie	75,8	71,4	80,1	8,7
R2 Saguenay/Lac Saint-Jean	73,7	69,6	77,7	8,1
R3 Québec	75,6	71,3	79,9	8,6
R4 Trois-Rivières	75,6	71,1	80,1	9,0
R5 Estrie	75,2	71,0	79,3	8,3
R6A Montréal-Métropolitain	75,4	71,3	79,4	8,1
R6B Laurentides/Lanaudière	75,0	71,0	79,0	8,0
R6C Montérégie (Rive Sud)	75,6	71,8	79,3	7,5
R7 Outaouais	74,6	69,9	79,2	9,3
R8 Abitibi/Témiscamingue	73,9	69,4	78,3	8,9
R9 Côte-Nord	75,3	71,0	79,5	8,5
D1 Lakeshore	76,8	74,0	79,6	5,6
D2 Verdun	73,8	69,8	77,8	8,0
D3 Maisonneuve-Rosemont	74,4	70,1	78,6	8,5
D4 Sainte-Justine	78,6	76,0	81,1	5,1
D5 Général de Montréal	74,1	69,9	78,3	8,4
D6 Sacré-Coeur	75,8	72,2	79,4	7,2
D7 Saint-Luc	72,6	68,0	77,2	9,2
D8 Cité de la Santé (Laval)	75,7	72,0	79,3	7,3

Sources: Robert Pampalon, La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983 (Études de santé, No 2), Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, juillet 1986.

Russell Wilkins et Yolande Pelchat, Dossier décès, Région 6A, 1979-1983, Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

Notes: (1) Moyenne des espérances de vie calculées séparément pour chaque sexe.
(2) Différence entre les deux sexes.

TABLEAU 2.4

Taux de survie et espérance de vie restante à 65 ans, par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-83

Région/Département (DSC)		Taux de survie (%)				Espérance de vie restante (ans)			
		Total[1]	Hommes	Femmes	Différence[2]	Total[3]	Hommes	Femmes	Différence[2]
Total, province de Québec		**79,4**	**72,8**	**86,0**	**13,2**	**17,0**	**14,2**	**19,4**	**5,2**
R1	Bas Saint-Laurent/Gaspésie	79,6	72,8	86,4	13,6	17,9	15,2	20,1	4,9
R2	Saguenay/Lac Saint-Jean	77,5	70,2	84,7	14,5	15,9	13,4	17,9	4,5
R3	Québec	79,8	72,9	86,6	13,7	17,3	14,4	19,7	5,3
R4	Trois-Rivières	79,8	72,5	87,0	14,5	17,4	14,4	19,9	5,5
R5	Estrie	80,2	73,2	87,2	14,0	16,9	14,3	19,1	4,8
R6A	Montréal-Métropolitain	79,3	72,9	85,7	12,8	17,0	14,1	19,4	5,3
R6B	Laurentides/Lanaudière	79,2	72,8	85,5	12,7	16,7	14,0	19,0	5,0
R6C	Montérégie (Rive Sud)	80,5	74,8	86,2	11,4	16,8	14,2	19,0	4,8
R7	Outaouais	77,4	69,5	85,3	15,8	16,7	13,5	19,3	5,8
R8	Abitibi/Témiscamingue	77,1	69,5	84,7	15,2	16,6	13,9	18,9	5,0
R9	Côte-Nord	78,6	71,4	85,8	14,4	17,4	14,9	19,4	4,5
D1	Lakeshore	83,5	78,8	88,2	9,4	17,1	15,3	18,7	3,4
D2	Verdun	77,3	70,2	84,3	14,1	15,7	13,0	18,0	5,0
D3	Maisonneuve-Rosemont	78,1	70,9	85,3	14,4	16,2	13,2	18,7	5,5
D4	Sainte-Justine	85,2	82,1	88,3	6,2	18,6	16,7	20,4	3,7
D5	Général de Montréal	76,5	69,5	83,4	13,9	16,5	13,6	19,0	5,4
D6	Sacré-Coeur	81,3	75,8	86,8	11,0	16,8	14,2	19,0	4,8
D7	Saint-Luc	73,6	64,4	82,7	18,3	16,1	13,2	18,3	5,1
D8	Cité de la Santé (Laval)	81,6	76,1	87,1	11,0	16,4	13,8	18,6	4,8

Sources: Robert Pampalon, La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983 (Etudes de santé, No 2), Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, juillet 1986.

Russell Wilkins et Yolande Pelchat, Dossier décès, Région 6A, 1979-1983, Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

Notes: (1) Moyenne des taux de survie calculés séparément pour chaque sexe.
(2) Différence entre les deux sexes.
(3) Somme des années-personnes de vie restantes pour chaque sexe divisée par la somme des survivants de chaque sexe.

TABLEAU 2.5

Naissances, indice synthétique de fécondité(1), taux de mortalité infantile (total, néonatal, post-néonatal)(2), taux de naissances de petit poids (I < 2 500 g), par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-1983

Région/Département (DSC)	Naissances (moyenne annuelle)	Indice synthétique de fécondité(1)	Taux de mortalité infantile(2)			Taux de naissance de petit poids (I < 2 500 g)
			Total	Néonatal	Post-néonatal	
Total, province de Québec	**94 183**	**1,6**	**9,0**	**6,3**	**2,7**	**6,4**
R1 Bas Saint-Laurent/Gaspésie	3 589	1,8	10,6	8,0	2,7	6,1
R2 Saguenay/Lac Saint-Jean	5 654	2,0	11,2	7,3	3,9	6,1
R3 Québec	15 292	1,6	8,8	6,2	2,7	5,8
R4 Trois-Rivières	6 757	1,8	9,5	6,6	2,8	6,8
R5 Estrie	3 775	1,8	10,5	7,3	3,3	6,2
R6A Montréal-Métropolitain	24 903	1,4	8,6	6,1	2,5	6,7
R6B Laurentides/Lanaudière	8 253	1,8	8,1	5,7	2,4	6,5
R6C Montérégie (Rive Sud)	16 398	1,7	7,9	5,8	2,2	6,2
R7 Outaouais	4 139	1,6	8,2	5,5	2,7	7,1
R8 Abitibi/Témiscamingue	3 006	2,0	11,0	6,5	4,5	6,7
R9 Côte-Nord	2 140	1,8	8,5	6,1	2,4	6,1
D1 Lakeshore	3 047	1,6	7,4	5,1	2,5	5,5
D2 Verdun	2 312	1,4	8,7	5,8	2,3	7,1
D3 Maisonneuve-Rosemont	4 963	1,3	9,0	6,9	2,9	7,3
D4 Sainte-Justine	1 724	1,2	7,0	5,0	2,2	6,0
D5 Général de Montréal	2 203	1,2	9,7	6,8	2,0	6,6
D6 Sacré-Coeur	4 098	1,4	8,2	6,0	2,9	7,1
D7 Saint-Luc	2 902	1,3	10,9	7,2	2,1	7,8
D8 Cité de la Santé (Laval)	3 485	1,5	7,8	5,6	2,2	6,2

Sources: Microfiches produites par le Ministère de la santé et des services sociaux: Tableau 3-12 (décès), Tableau 1,07b (naissances selon le poids).

Louis Ducheone, La situation démographique au Québec, Édition 1985 (Collection Statistiques démographiques, Bureau de la Statistique du Québec), Québec: Les publications du Québec, 1986, Tableau 405: pour l'indice synthétique de fécondité, par région administrative.

Yolande Pelchat et Russell Wilkins, Dossier naissances: Quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveau-nés de la Région 6A, 1979-83, Montréal: Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal-Métropolitain, 1987.

Notes: (1) Indice synthétique de fécondité (ISF) indique le nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait si elle respectait, tout au cours de sa vie féconde, les taux spécifiques de fécondité calculés pour l'ensemble des femmes. Les ISF par région portent sur l'année 1981 seulement, et se réfèrent aux régions administratives.

(2) Taux de mortalité infantile pour mille naissances vivantes. Néonatal indique enfant âgé de 0 à 27 jours. Post-néonatal indique enfant âgé de 28 à 364 jours.

TABLEAU 2.6

Taux de mortalité infantile*, Québec et Canada, 1931 à 1981

Année	Québec (taux)	Canada (taux)	Québec/Canada (indice)
1931	112,9	86,0	131
1941	75,9	61,1	124
1951	48,1	38,5	125
1961	31,5	27,2	116
1971	18,4	17,5	105
1981	8,5	9,6	89

Note: * Décès des enfants âgés de moins d'un an, pour mille naissances vivantes.

Source: Dhruva Nagnur, Longévité et tables de mortalité chronologiques 1921-1986 (Statistique Canada, catalogue 89-506), Ottawa: Ministère des approvisionnements et services Canada, 1986.

TABLEAU 3.1

Indice comparatif de mortalité[1] par maladies de l'appareil circulatoire[2], par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-83

Région / Département (DSC)		Maladie / Cause de décès								
		Appareil circulatoire (390-459)			Ischémiques du coeur (410-414)			Vasculaires cérébrales (430-438)		
		T[4]	H	F	T[4]	H	F	T[4]	H	F
Total, province de Québec		100	100	100	100	100	100	100	100	100
R1	Bas Saint-Laurent/Gaspésie	86	86	84	80	83	74	84	82	85
R2	Saguenay/Lac Saint-Jean	112	106	121	98	94	104	151	146	156
R3	Québec	97	97	95	87	91	80	104	104	102
R4	Trois-Rivières	101	101	99	92	93	89	113	114	111
R5	Estrie	101	99	103	102	99	106	105	105	104
R6A	Montréal-Métropolitain	99	100	98	105	104	105	92	91	91
R6B	Laurentides/Lanaudière	104	103	104	107	107	106	99	95	102
R6C	Montérégie (Rive Sud)	103	101	106	107	104	111	105	102	107
R7	Outaouais	106	107	103	106	106	105	98	107	89
R8	Abitibi/Témiscamingue	101	99	103	93	91	95	107	104	110
R9	Côte-Nord	97	97	94	92	95	82	87	89	83
D1	Lakeshore	89	83	98	92	88	99	82	67	94
D2	Verdun	109	113	105	118	117	119	93	107	83
D3	Maisonneuve-Rosemont	105	107	102	110	110	110	99	107	94
D4	Sainte-Justine	74	74	74	83	83	83	61	55	65
D5	Général de Montréal	98	103	94	105	106	104	93	89	95
D6	Sacré-Coeur	97	97	98	103	101	106	94	97	92
D7	Saint-Luc	114	116	112	119	121	116	108	107	108
D8	Cité de la Santé (Laval)	99	99	99	104	102	106	94	92	95
Taux brut de mortalité[3], Qué.		305	341	270	176	216	137	54	50	58

Sources: Robert Pampalon, La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983 (Études de santé, No 2), Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, juillet 1986.

Russell Wilkins et Yolande Pelchat, Dossier décès, Région 6A, 1979-1983, Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

Notes: (1) Indice comparatif de mortalité (ICM) = 100 x le nombre de décès observés divisé par le nombre de décès attendus (en appliquant les taux par âge et sexe du Québec à la population locale).

(2) Les codes de la Classification internationale de maladies (CIM), 9e révision, sont indiqués entre parenthèses.

(3) Pour 100 000 habitants.

(4) Total (hommes et femmes) = 100 x la somme des décès observés chez les hommes et chez les femmes divisé par la somme des décès attendus chez les hommes et chez les femmes.

TABLEAU 3.2

Indice comparatif de mortalité[1] par tumeurs, par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-83

Région / Département (DSC)		Cause de décès											
		Total, tumeurs[2] (140-208)			Cancer du sein (174)			Cancer du poumon (162)			Cancer du gros intestin ou du rectum (153-154)		
		T[4]	H	F	T	H	F	T[4]	H	F	T[4]	H	F
Total, province de Québec		**100**	**100**	**100**	**—**	**—**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
R1	Bas Saint-Laurent/Gaspésie	100	99	99	--	--	98	92	93	80	95	100	89
R2	Saguenay/Lac Saint-Jean	111	116	104	--	--	90	120	118	125	101	98	105
R3	Québec	97	98	96	--	--	100	98	101	82	89	84	94
R4	Trois-Rivières	89	91	85	--	--	79	84	87	70	87	90	84
R5	Estrie	90	92	86	--	--	83	86	85	87	91	95	87
R6A	Montréal-Métropolitain	105	104	105	--	--	107	106	104	112	111	114	107
R6B	Laurentides/Lanaudière	101	99	102	--	--	95	103	101	108	103	100	108
R6C	Montérégie (Rive Sud)	97	95	99	--	--	98	94	93	99	99	96	103
R7	Outaouais	98	98	96	--	--	95	106	103	114	103	106	101
R8	Abitibi/Témiscamingue	96	97	93	--	--	101	101	105	82	76	89	59
R9	Côte-Nord	100	93	109	--	--	137	95	96	85	95	87	107
D1	Lakeshore	95	89	103	--	--	99	87	82	105	116	112	119
D2	Verdun	123	126	118	--	--	115	140	139	143	134	141	127
D3	Maisonneuve-Rosemont	110	116	102	--	--	103	115	117	106	113	123	105
D4	Sainte-Justine	84	73	96	--	--	114	65	54	105	86	98	75
D5	Général de Montréal	113	109	119	--	--	129	115	105	148	117	123	112
D6	Sacré-Coeur	98	95	100	--	--	101	94	94	95	105	101	109
D7	Saint-Luc	113	117	107	--	--	97	132	133	128	113	114	112
D8	Cité de la Santé (Laval)	104	105	103	--	--	112	101	104	86	103	100	106
Taux brut de mortalité[3], Qué.		**169**	**196**	**143**	**—**	**—**	**15**	**42**	**68**	**16**	**21**	**21**	**20**

Sources: Robert Pampalon, La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983 (Études de santé, No 2), Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, juillet 1986.

Russell Wilkins et Yolande Pelchat, Dossier décès, Région 6A, 1979-1983, Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

Notes: (1) Indice comparatif de mortalité (ICM) = 100 x le nombre de décès obvervés divisé par le nombre de décès attendus (en appliquant les taux par âge et sexe du Québec à la population locale).

(2) Codes 140-239 (y compris tumeurs bénignes) pour les DSC de Montréal.

(3) Pour 100 000 habitants.

(4) Total (hommes et femmes) = 100 x la somme des décès observés chez les hommes et chez les femmes divisé par la somme des décès attendus chez les hommes et chez les femmes.

TABLEAU 3.3

Indice comparatif de mortalité par cause externe[1], par sexe, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-83

Région / Département (DSC)	Cause externe de décès																							
	Total (E800-E999)			Véh. moteur (E810-E819)[2]			Piéton/Bicycl. (E813-E814)			Chutes (E880-E888)			Suicide (E950-E959)			Homicide (E960-E969)			Autres accidents (E800-E999 sauf E810-E819)[2]		
	T[4]	H	F	T[4]	H	F	T[4]	H	F	T[4]	H	F	T[4]	H	F	T[4]	H	F	T[4]	H	F
Total, province de Québec	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
R1 Bas Saint-Laurent/Gaspésie	110	112	100	140	136	150	134	132	136	85	73	98	81	86	62	41	44	30	94	100	76
R2 Saguenay/Lac Saint-Jean	120	121	113	135	125	161	116	112	121	111	121	95	87	96	54	37	38	34	111	120	87
R3 Québec	110	111	106	122	122	121	120	111	134	112	118	104	115	115	112	65	59	79	104	106	100
R4 Trois-Rivières	109	111	101	125	129	112	103	116	75	103	99	107	106	109	96	83	70	114	101	102	97
R5 Estrie	120	120	118	144	146	135	109	102	123	103	76	129	114	116	105	67	65	69	108	107	111
R6A Montréal-Métropolitain	86	81	96	59	56	66	90	81	106	100	106	94	101	96	114	156	159	148	99	95	110
R6B Laurentides/Lanaudière	104	105	97	115	116	109	91	97	77	91	85	98	99	102	86	98	103	82	97	100	91
R6C Montérégie (Rive Sud)	89	88	90	101	103	94	92	101	71	99	91	106	78	75	84	84	84	80	82	80	88
R7 Outaouais	91	92	87	92	91	91	89	94	76	84	85	81	105	100	119	80	72	97	91	93	85
R8 Abitibi/Témiscamingue	163	169	141	157	153	165	135	129	144	126	121	132	172	185	125	126	114	153	166	178	129
R9 Côte-Nord	127	137	93	139	147	113	137	169	55	97	92	102	77	84	50	127	119	142	121	132	82
D1 Lakeshore	64	60	73	54	50	67	53	59	43	81	88	74	53	48	67	95	83	127	68	66	76
D2 Verdun	83	79	91	54	54	55	62	48	86	117	132	103	91	90	95	168	173	157	97	92	107
D3 Maisonneuve-Rosemont	90	87	99	67	62	82	96	73	139	107	116	98	98	92	115	159	184	101	102	100	106
D4 Sainte-Justine	65	49	94	36	25	61	67	43	106	78	80	76	88	69	137	81	63	119	77	61	106
D5 Général de Montréal	105	98	121	42	40	46	78	65	100	117	133	106	142	133	167	231	222	252	134	126	148
D6 Sacré-Coeur	76	69	93	59	57	63	94	79	119	105	79	125	91	88	101	87	74	119	85	76	106
D7 Saint-Luc	121	121	121	79	79	81	153	169	125	99	122	79	158	156	166	282	297	242	141	143	137
D8 Cité de la Santé (Laval)	72	74	69	64	65	60	82	83	79	79	98	58	83	86	72	131	141	103	77	78	73
Taux brut de mortalité[3], Qué.	60	88	33	21	31	11	5	6	3	6	6	6	16	25	8	2	3	1	39	57	22

Sources: Robert Pampalon, La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983 (Études de santé, No 2), Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, juillet 1986.

Russell Wilkins et Yolande Pelchat, Dossier décès, Région 6A, 1979-1983, Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

Notes: (1) Accidents, empoisonnements et violence. Indice comparatif de mortalité (ICM) = 100 x le nombre de décès observés divisé par le nombre de décès attendus (en appliquant les taux par âge et sexe du Québec à la population locale).

(2) E810-E825 (y compris hors de la voie publique) par DSC dans Montréal-Métropolitain.

(3) Pour 100 000 habitants.

(4) Total (hommes et femmes) = 100 x la somme des décès observés chez les hommes et chez les femmes divisé par la somme des décès attendus chez les hommes et chez les femmes.

TABLEAU 3.4

Indice comparatif de mortalité[1] par suicide[2], par groupe d'âge, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-83

Région/Département (DSC)		Groupe d'âge (ans)			
		Total[3]	15-19	20-24	25-29
Total, province de Québec		**100**	**100**	**100**	**100**
R1	Bas Saint-Laurent/Gaspésie	81	71	96	95
R2	Saguenay/Lac Saint-Jean	87	150	108	89
R3	Québec	115	93	98	118
R4	Trois-Rivières	106	122	102	122
R5	Estrie	114	140	94	118
R6A	Montréal-Métropolitain	101	70	102	114
R6B	Laurentides/Lanaudière	99	115	107	85
R6C	Montérégie (Rive Sud)	78	92	76	63
R7	Outaouais	105	113	103	89
R8	Abitibi/Témiscamingue	172	196	208	137
R9	Côte-Nord	77	163	70	52
D1	Lakeshore	53	45	47	46
D2	Verdun	91	46	101	106
D3	Maisonneuve-Rosemont	98	85	73	124
D4	Sainte-Justine	88	95	62	68
D5	Général de Montréal	142	54	146	160
D6	Sacré-Coeur	91	34	104	79
D7	Saint-Luc	158	184	202	212
D8	Cité de la Santé (Laval)	83	105	90	90
Taux brut de mortalité[4], Québec		**16**	**13**	**23**	**25**

Sources: Robert Pampalon, La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983 (Études de santé No 2), Québec: Ministère de la santé et services sociaux, juillet 1986, Tableau 31.

Russell Wilkins et Yolande Pelchat, Dossier décès, Région 6A, 1979-83, Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

Notes: (1) Indice comparatif de mortalité (ICM) = 100 x le nombre de décès observés divisé par le nombre de décès attendus chez les hommes et chez les femmes (en appliquant les taux par âge et sexe du Québec à la population locale).

(2) Suicide = codes 950-959 de la Classification internationale des maladies (CIM), 9e révision.

(3) Total tous les âges 0-100+.

(4) Pour 100 000 habitants.

TABLEAU 3.5

Indice comparatif de mortalité[1] par maladies de l'appareil respiratoire[2], par sexe, par région socio-sanitaire et Département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, 1979-83

Région / Département (DSC)		Sexe		
		Total[4]	Hommes	Femmes
Total, province de Québec		100	100	100
R1	Bas Saint-Laurent/Gaspésie	91	87	98
R2	Saguenay/Lac Saint-Jean	126	130	115
R3	Québec	91	91	90
R4	Trois-Rivières	97	97	96
R5	Estrie	104	105	101
R6A	Montréal-Métropolitain	101	99	102
R6B	Laurentides/Lanaudière	113	112	112
R6C	Montérégie (Rive Sud)	92	90	96
R7	Outaouais	112	124	83
R8	Abitibi/Témiscamingue	129	123	141
R9	Côte-Nord	79	87	54
D1	Lakeshore	96	82	123
D2	Verdun	107	113	98
D3	Maisonneuve-Rosemont	112	120	99
D4	Sainte-Justine	65	59	76
D5	Général de Montréal	110	101	124
D6	Sacré-Coeur	93	97	87
D7	Saint-Luc	122	123	120
D8	Cité de la Santé (Laval)	90	86	97
Taux brut de mortalité[3], Québec		41	54	28

Sources: Robert Pampalon, La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983 (Étude de santé, No 2), Québec: Ministère de la santé et services sociaux, juillet 1986, Tableau 31.

Russell Wilkins et Yolande Pelchat, Dossier décès, Région 6A, 1979-83, Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1987. (à paraître)

Notes: (1) Indice comparatif de mortalité (ICM) = 100 x le nombre de décès observés divisé par le nombre de décès attendus (en appliquant les taux par âge et sexe du Québec à la population locale).

(2) Maladies de l'appareil respiratoire = codes 460-519 de la Classification internationale des maladies (CIM), 9e révision.

(3) Pour 100 000 habitants.

(4) Total (hommes et femmes) = 100 x la somme des décès observés chez les hommes et chez les femmes divisé par la somme des décès attendus chez les hommes et chez les femmes.

TABLEAU 4.1

Résidents à long terme des hôpitaux (ou unités) de soins prolongés et centres d'accueil d'hébergement, par âge et sexe, Québec, 1980-1981

Age années	Résidents			Population			Taux d'hébergement		
	Total N	Hommes N	Femmes N	Total N	Hommes N	Femmes N	Total %	Hommes %	Femmes %
Total	**45 215**	**16 790**	**28 425**	**6 438 420**	**3 172 185**	**3 266 235**	**0,7**	**0,5**	**0,9**
0 - 14	0	0	0	1 395 735	716 140	679 595	0,0	0,0	0,0
15 - 24	968	507	461	1 263 795	638 700	625 095	0,1	0,1	0,1
25 - 44	3 060	1 610	1 450	1 965 080	981 145	983 935	0,2	0,2	0,1
45 - 64	6 366	3 048	3 318	1 244 415	600 310	644 105	0,5	0,5	0,5
65 - 74	8 321	3 395	4 926	370 000	162 160	207 840	2,2	2,1	2,4
75 - 84	16 583	5 198	11 385	162 265	61 540	100 725	10,2	8,4	11,3
85+	9 917	3 032	6 885	37 130	12 190	24 940	26,7	24,9	27,6

Source: François Camirand, Estimation des coûts directs de la maladie au Québec, en 1980-1981: Dossier technique (Québec: Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983). Recensement de 1981.

TABLEAU 4.2

Limitation dans les activités, par groupe d'âge et sexe, personnes en ménage privé(1) âgées de 15 ans et plus, Québec, 1983-84

	Personnes limitées dans leurs activités (%)		
Age	**Total**	**Hommes**	**Femmes**
Total, 15 ans et plus	**11,5**	**10,5**	**12,5**
15 - 24 ans	3,2	2,4*	3,9
25 - 44 ans	5,9	5,6	6,1
45 - 64 ans	17,4	17,1	17,6
65 - 74 ans(2)	31,3	29,8	32,0
75 ans et plus	45,5	44,7	46,0

Source: Totalisations spéciales de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, par Statistique Canada pour le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Octobre 1986. Pour les données publiées, voir Ian McDowell et Ed Prault, Rapport de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-84, (Statistique Canada, catalogue 82-555F), Ottawa: Ministère des approvisionnements et services Canada, 1986.

Notes: * Indique coefficient de variation entre 16,5% et 25%: utiliser avec caution.

(1) Sont exclus: personnes vivant en logement collectif, personnes vivant sur réserve indienne, membres à plein temps des forces armées.

(2) Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 36,0% des deux sexes, 34,6% des hommes et 36,7% des femmes étaient limitées dans leurs activités.

TABLEAU 4.3

Limitation dans les activités; indice comparatif d'incapacité[1], par sexe, personnes en ménage privé[2] âgées de 15 ans et plus, par région administrative[3], Québec, 1983-84

Région		Sexe		
		Total[4]	Hommes	Femmes
Total, province de Québec		100	100	100
R1	Bas Saint-Laurent/Gaspésie	115	137*	96
R2	Saguenay/Lac Saint-Jean	104	108*	100
R3	Québec	115	129	104
R4	Trois-Rivières	109	110*	109
R5	Estrie	91*	--	--
R6	Montréal	91	85	96
R7	Outaouais	118	125	113
R8	Abitibi/Témiscamingue	169*	--	169*
R9	Côte-Nord	164*	--	--
Taux brut d'incapacité, Québec		11,5%	10,5%	12,5%

Source: Totalisations spéciales de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, par Statistique Canada pour le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Octobre 1986. Pour les données publiées, voir Ian McDowell et Ed Prault, Rapport de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-84 (Statistique Canada, catalogue 82-555F), Ottawa: Ministère des approvisionnements et services, Canada, 1986.

Notes: -- Indique coefficient de variation qui dépasse 25% : données supprimées par Statistique Canada.

* Indique coefficient de variation entre 16,5 % et 25 % : utiliser avec caution.

(1) Personnes limitées dans leurs activités : 100 x le nombre observé divisé par le nombre attendu (en appliquant les taux par âge et sexe du Québec à la population de la région).

(2) Sont exclus: personnes vivant en logement collectif, personnes vivant sur réserve indienne; membres à temps plein des forces armées.

(3) Les territoires desservis par les régions administratives (du Bureau de la Statistique du Québec) sont semblables, mais pas identiques, aux territoires desservis par les régions socio-sanitaires (du Ministère de la santé et des services sociaux).

(4) Total (hommes et femmes) = 100 x la somme des personnes limitées observées chez les hommes et chez les femmes divisée par la somme des personnes limitées attendues chez les hommes et chez les femmes.

TABLEAU 5.1

Facteurs de risque pour la santé: taux bruts selon le sexe, personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus, Québec, 1978-79

Facteurs de risque	Personnes dans chaque groupe de risque (%)		
	Total	Hommes	Femmes
Tabac : fumeurs réguliers	43,1	48,3	38,1
Alcool: 14+ consommations par semaine	10,1	17,2	3,3
Ceinture de sécurité: rarement ou jamais bouclée	20,5	20,4	20,6
Inactivité physique (sédentaire)(1)	19,0	22,2	15,8
Tension artérielle élevée	7,8	5,6	10,0
Dernier test PAP: 2 ans ou plus(2)	--	--	16,5
Dernier test PAP: "jamais"	--	--	24,1
Mécontentement ("pas si content")	9,2	7,9	10,4
Isolement social: toujours ou souvent seul	12,0	11,0	13,0

Source: Totalisations spéciales de l'Enquête Santé Canada, par Statistique Canada pour le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Novembre 1986.

Notes: (1) Sédentaire indique indice d'activité physique moins de 750.
(2) Test PAP pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

TABLEAU 5.2

Facteurs de risque pour la santé selon l'âge et le sexe, personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus, Québec, 1978-79.
(% de la population dans chaque groupe de risque)

Sexe / Age	Population (x 1000)	Fumeur régulier	Alcool: 14+ cons./sem.	Ceinture rarement bouclée	Inactivité physique (sédentaire)(1)	Tension artérielle élevée	Dernier test PAP(4) ≥2 ans	Dernier test PAP(4) "jamais"	Mécontentement(2)	Isolement social(3)
Les deux sexes										
Total, 15 ans et plus	**4 759**	**43,1**	**10,1**	**20,5**	**19,0**	**7,8**	—	—	**9,2**	**12,0**
15 - 44 ans	3 071	45,8	11,7	23,2	15,4	2,6	--	--	7,7	9,5
45 - 64 ans	1 197	42,9	8,0	16,1	21,5	13,7	--	--	11,4	15,1
65 ans et plus	491	26,5	4,9*	14,1	34,8	26,5	--	--	13,4*	20,6
Hommes										
Total, 15 ans et plus	**2 321**	**48,3**	**17,2**	**20,4**	**22,2**	**5,6**	—	—	**7,9**	**11,0**
15 - 44 ans	1 536	48,6	19,3	23,4	19,1	2,7*	--	--	6,9	8,2
45 - 64 ans	575	50,6	14,3	15,7	26,3	9,7	--	--	8,3	14,8
65 ans et plus	210	39,5	10,0*	11,0*	33,8	15,7*	--	--	14,3*	21,0*
Femmes										
Total, 15 ans et plus	**2 437**	**38,1**	**3,3**	**20,6**	**15,8**	**10,0**	**16,5**	**24,1**	**10,4**	**13,0**
15 - 44 ans	1 535	42,9	4,1*	23,0	11,7	2,5*	10,6	24,5	8,4	10,7
45 - 64 ans	622	35,9	2,3	16,6	17,0	17,4	27,2	15,1	14,3	15,4
65 ans et plus	281	16,7*	--	16,4*	35,6	34,5	24,9*	42,0	12,8*	20,3*

Source: Totalisations spéciales de l'Enquête Santé Canada, par Statistique Canada pour le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Novembre 1986.

Notes: * Coefficient de variation entre 16,5% et 25,0% : utiliser les données avec caution.
-- Coefficient de variation qui dépasse 25,0% : données supprimées par Statistique Canada.
(1) Sédentaire indique indice d'activité physique moins de 750.
(2) Mécontent indique "pas si content"
(3) Isolement social: toujours seul ou la plupart du temps.
(4) Test PAP pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

TABLEAU 5.3
Facteurs de risque pour la santé: indice comparatif de risque[1] selon le sexe, la région et la taille de la communauté, personnes en ménage privé âgées de 15 ans et plus, Québec, 1978-79

Sexe / Région[2] / Taille de la communauté	Population (x 1000)	Fumeur régulier	Alcool: 14+ cons./sem.	Ceinture rarement bouclée	Inactivité physique (sédentaire)[3]	Tension artérielle élevée	Dernier test PAP[6] ≥2 ans	Dernier test PAP[6] "jamais"	Mécontentement[4]	Isolement social[5]
Les deux sexes[7]										
Québec	**4 759**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	—	—	**100**	**100**
Régions 6A, 6B, 6C	2 924	99	97	97	104	102	--	--	103	97
Régions 3, 4, 5, 7	1 352	100	111	91	92	90	--	--	93	106
Régions 1, 2, 8, 9	482	106	87	145	98	117	--	--	105	101
1 000 000 h. et plus	2 503	99	100	93	102	101	--	--	105	98
10 000 à 999 999 h.	1 752	105	97	105	96	106	--	--	93	98
Moins de 10 000 h.	503	92	108	120	101	78	--	--	100	118
Hommes										
Québec	**2 321**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**				
Régions 6A, 6B, 6C	1 416	98	95	95	105	108	--	--	101	101
Régions 3, 4, 5, 7	664	100	113	97	92	80*	--	--	92*	101
Régions 1, 2, 8, 9	241	112	94	141	95	113*	--	--	118*	91*
1 000 000 h. et plus	1 206	97	98	91	104	109*	--	--	101*	101
10 000 à 999 999 h.	858	106	98	106	91	105	--	--	101	95
Moins de 10 000 h.	257	97	120	123	113	--	--	--	100	109*
Femmes										
Québec	**2 437**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Régions 6A, 6B, 6C	1 508	100	109*	98	103	99	100	97	104	95
Régions 3, 4, 5, 7	688	100	101	86	93	121	99	100	94	110
Régions 1, 2, 8, 9	241	98	--	149	103	119	106	105*	95	110
1 000 000 h. et plus	1 297	101	112*	94	101	96	102	93	109	95
10 000 à 999 999 h.	894	97	94*	105	104	107	93	106	87	101
Moins de 10 000 h.	244	101	--	117	84	114	116	99*	105	126

Source: Calculé à partir de totalisations spéciales de l'Enquête Santé Canada, par Statistique Canada pour le Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Novembre 1986.

Notes: * Coefficient de variation entre 16,5% et 25,0% : utiliser les données avec caution.
-- Coefficient de variation qui dépasse 25,0% : données supprimées par Statistique Canada.
(1) Indice comparatif de risque = 100 x le nombre de personnes à risque observé dans la région divisé par le nombre attendu (en appliquant les taux spécifiques par âge de l'ensemble du Québec).
(2) Régions administratives 6A (Montréal-Métropolitain), 6B (Laurentides/Lanaudière), 6C (Montérégie): Montréal;
Régions administratives 3 (Québec), 4 (Trois-Rivières), 5 (Estrie), 7 (Outaouais): autres régions centrales;
Régions administratives 1 (Bas Saint-Laurent/Gaspésie), 2 (Saguenay/Lac Saint-Jean), 8 (Abitibi/Témiscamingue), 9 (Côte-Nord): régions périphériques.
1 000 000 h. et plus : la région métropolitaine de recensement de Montréal;
10 000 à 999 999 h. : autres centres urbains;
Moins de 10 000 h. : rural inclus.
(3) Sédentaire indique indice d'activité physique moins de 750.
(4) Mécontent indique "pas si content"
(5) Isolement social: seul toujours ou la plupart du temps.
(6) Test PAP pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.
(7) Indice pour les deux sexes = 100 x la somme des personnes observées chez les hommes et chez les femmes divisé par la somme des personnes attendues chez les hommes et chez les femmes.

TABLEAU 6.1

Indicateurs sociaux et de la santé, par région socio-sanitaire et département de santé communautaire (dans Montréal-Métropolitain), Québec, vers 1981

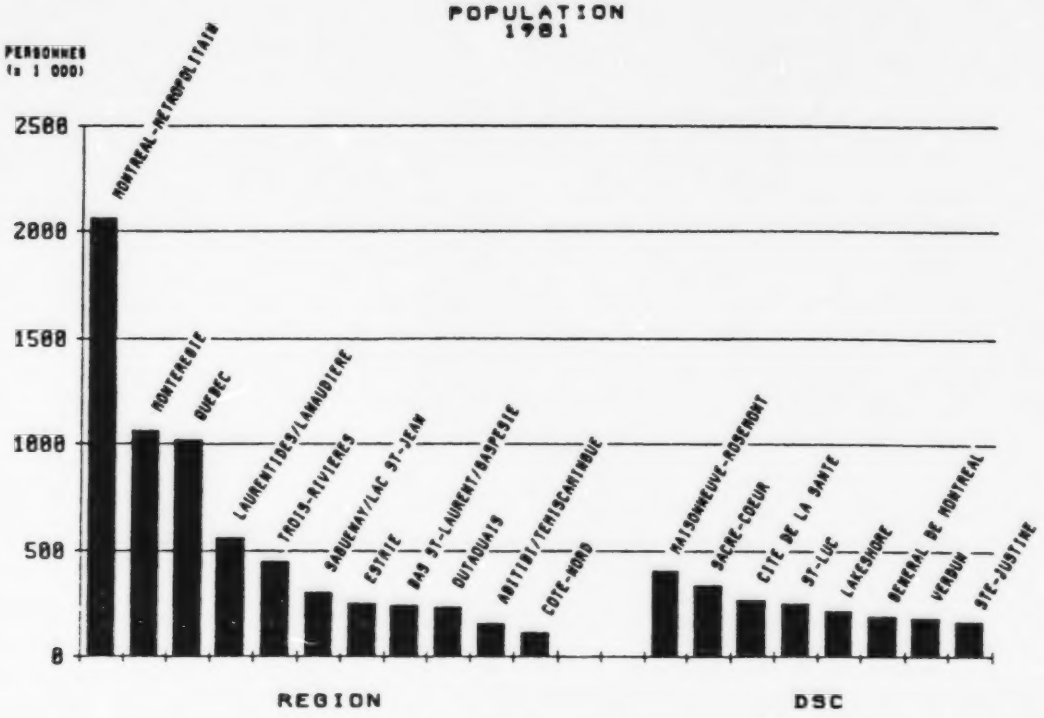
	Population (x 1 000) N	Indicateurs sociaux: Pauvreté %	Faible scolarité (<9 ans) %	Familles mono-parentales %	Mortalité générale: Espérance de vie ans	Mortalité infantile 0/00	Cause de décès: Maladies appareil circulatoire IOM	Cancer poumon IOM	Accidents véhicule-moteur IOM	Suicide IOM	Limitation dans les activités ICI	Facteurs de risque: Fumeurs ICR	Ceinture de sécurité rarement ICR	Dernier test Pap "jamais" ICR
Total, province de Québec	**6 438**	**22**	**26**	**12**	**75,3**	**9,0**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
R9 Côte-Nord	118	17	27	10	75,3	8,5	97	95	139	77	164*			
R8 Abitibi/Témiscamingue	157	20	32	11	73,9	11,0	101	101	157	172	169*	106	145	105*
R1 Bas Saint-Laurent/Gaspésie	234	24	33	11	75,8	10,6	86	92	147	81	115			
R2 Saguenay/Lac Saint-Jean	300	23	24	10	73,7	11,2	112	120	13[illegible]	87	104			
R4 Trois-Rivières	449	24	30	11	75,6	9,5	101	84	13[illegible]	106	109			
R5 Estrie	256	23	29	11	75,2	10,5	101	86	144	114	91*	100	91	100
R7 Outaouais	242	23	23	13	74,6	8,2	106	106	92	105	118			
R3 Québec	1 019	22	27	11	75,6	8,8	97	98	122	115	115			
R6B Laurentides/Lanaudière	563	21	29	10	75,0	8,1	104	103	115	99				
R6C Montérégie (Rive Sud)	1 059	19	24	10	75,6	7,9	103	94	101	78	91	99	97	97
R6A Montréal-Métropolitain	2 028	23	25	15	75,4	8,6	99	106	59	101				
D7 Saint-Luc	255	35	38	20	72,6	10,9	114	132	79	158	-	-	-	-
D5 Général de Montréal	195	28	22	18	74,1	9,7	98	115	42	142	-	-	-	-
D2 Verdun	185	23	30	17	73,8	8,7	109	140	54	91	-	-	-	-
D3 Maisonneuve-Rosemont	403	21	30	16	74,4	9,0	105	115	67	98	-	-	-	-
D6 Sacré-Coeur	338	21	26	16	75,8	8,2	97	94	59	91	-	-	-	-
D4 Sainte-Justine	166	19	15	14	78,6	7,0	74	65	36	88	-	-	-	-
D8 Cité de la Santé (Laval)	268	14	19	11	75,7	7,8	99	101	64	83	-	-	-	-
D1 Lakeshore	219	11	12	11	76,8	7,4	89	87	54	53	-	-	-	-
Québec (taux brut)							305	21	42	16	11,5	43	21	17

Note: Voir les tableaux détaillés dans le document principal. IOM = Indice comparatif de mortalité. ICI = Indice comparatif d'incapacité. ICR = Indice comparatif de risque.
* = Coefficient de variation entre 16,5% et 25,0%: utiliser avec caution.

Source: Recensement de 1981; Registre de la population pour les décès 1979-1983; Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada pour limitation dans les activités, 1983-1984; Enquête Santé Canada pour les facteurs de risque, 1978-1979.

GRAPHIQUE 0.1

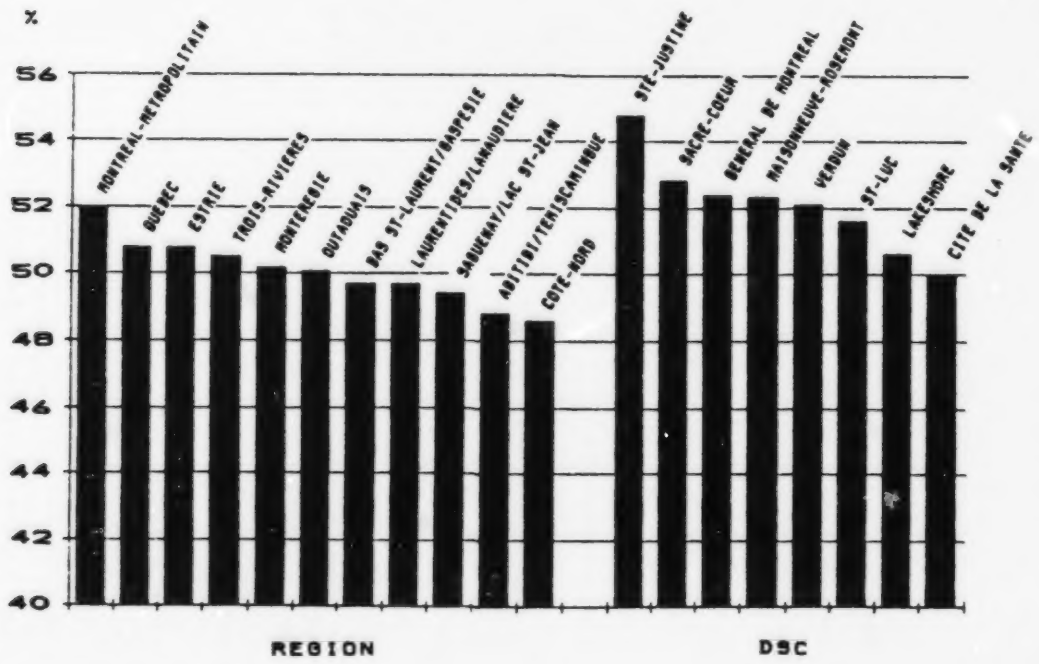
POPULATION
1981



SOURCE: RECENSEMENT DE 1981

GRAPHIQUE 1.1

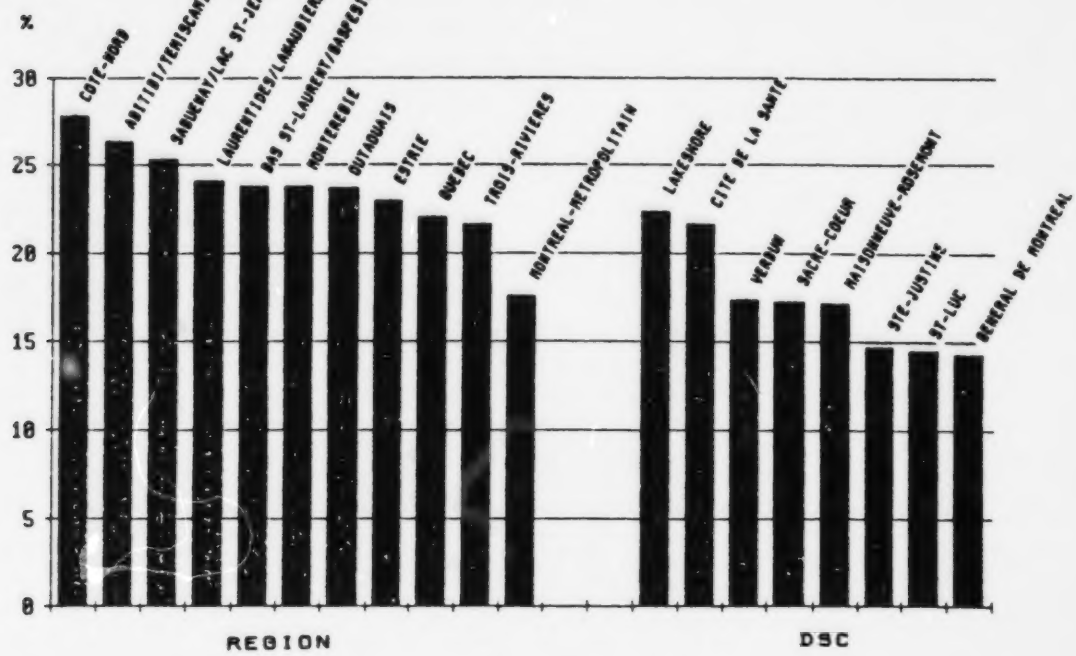
FEMMES DANS LA POPULATION TOTALE
1981



SOURCE: RECENSEMENT DE 1981

GRAPHIQUE 1.2

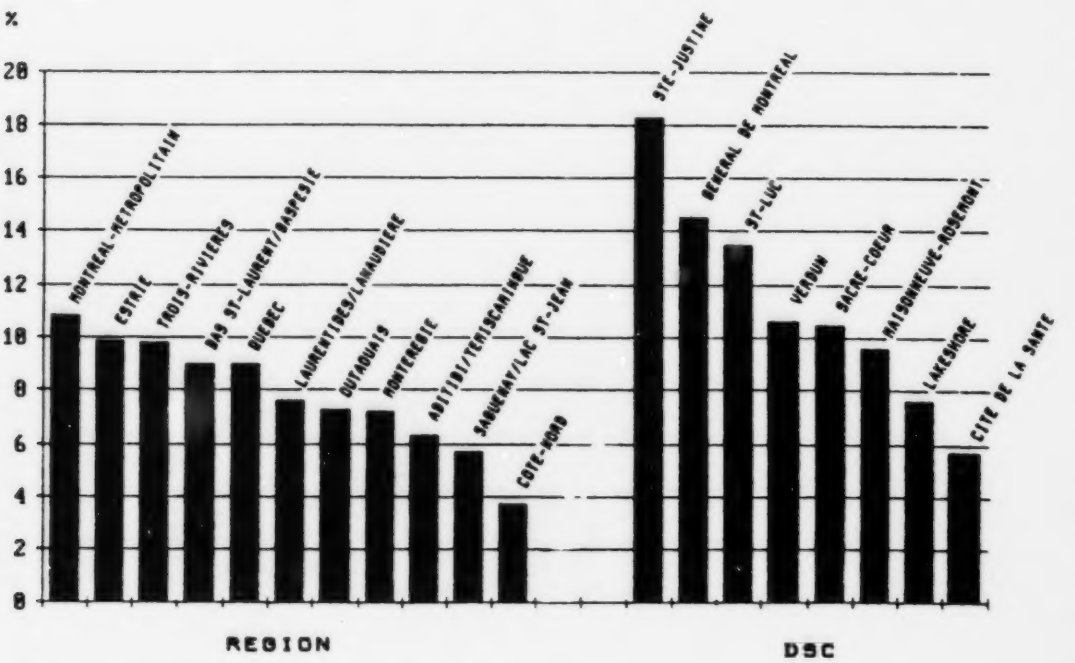
POPULATION AGEE
DE MOINS DE 15 ANS
1981



SOURCE: RECENSEMENT DE 1981

GRAPHIQUE 1.3

POPULATION AGEE
DE 65 ANS ET PLUS
1981



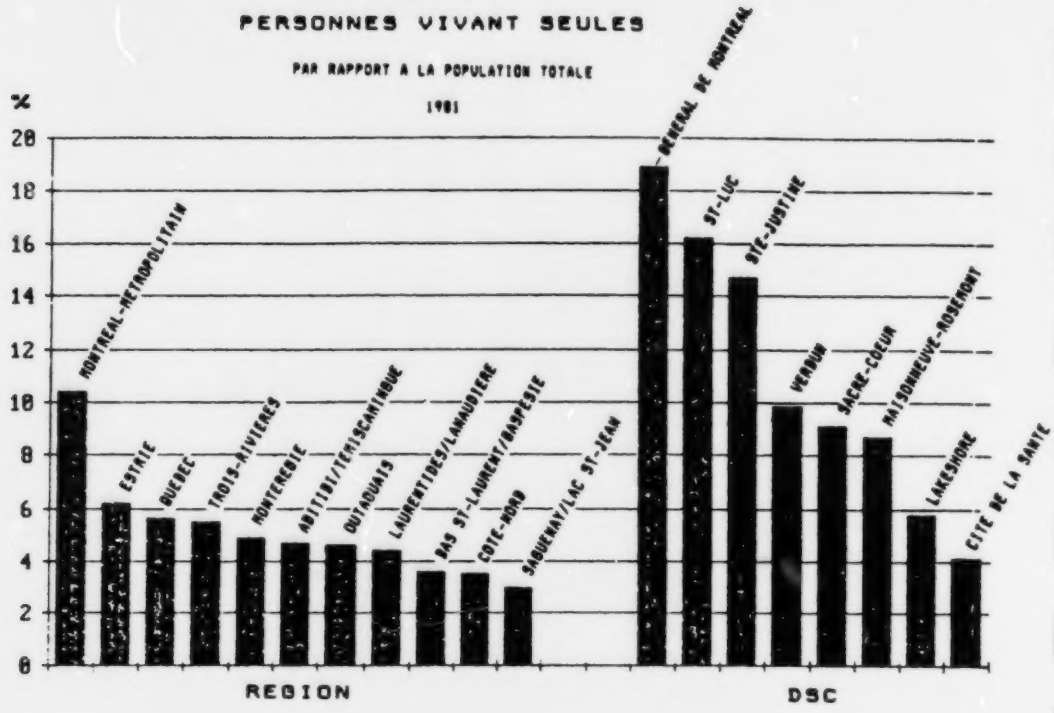
SOURCE: RECENSEMENT DE 1981

GRAPHIQUE 1.4

PERSONNES VIVANT SEULES

PAR RAPPORT A LA POPULATION TOTALE

1981



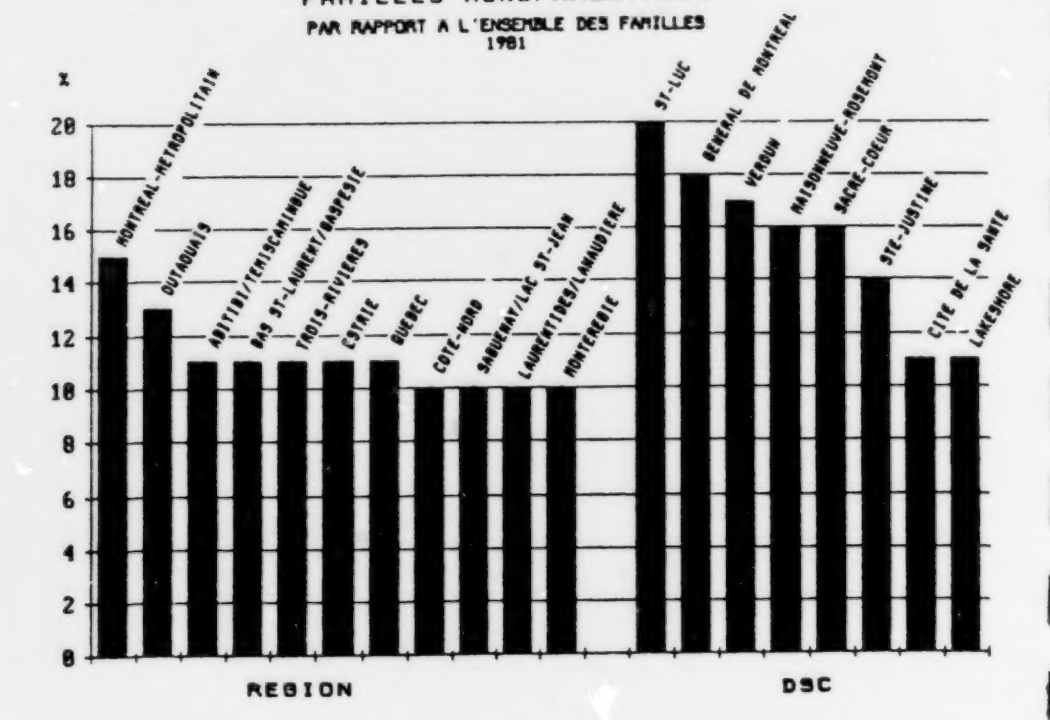
SOURCE: 1981 CENSUS OF CANADA

GRAPHIQUE 1.5

FAMILLES MONOPARENTALES

PAR RAPPORT A L'ENSEMBLE DES FAMILLES

1981

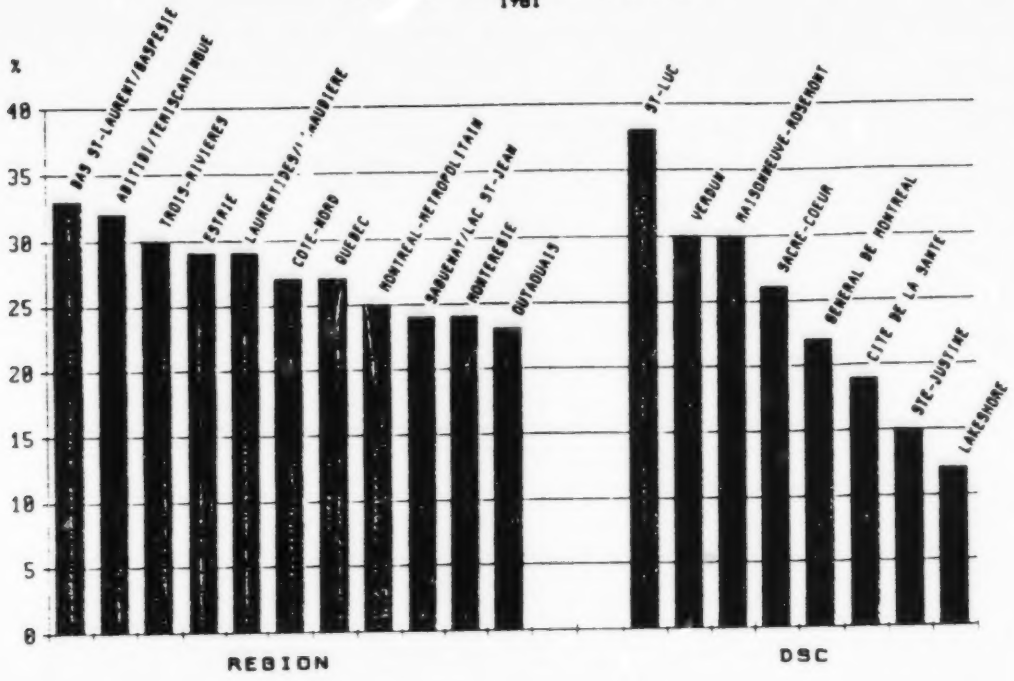


SOURCE: RECENSEMENT DE 1981

GRAPHIQUE I.6

FAIBLE SCOLARITE--MOINS DE 9 ANS

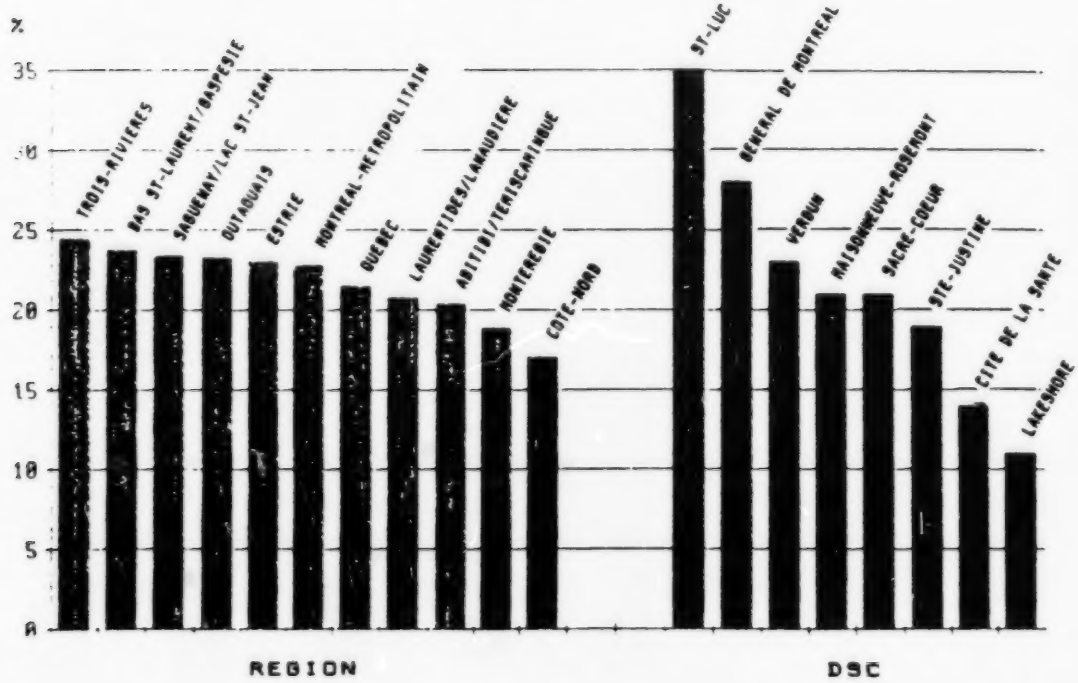
POPULATION AGEE DE 15 ANS ET PLUS
1981



SOURCE: RECENSEMENT DE 1981

GRAPHIQUE I.7

PAUVRETE
1981

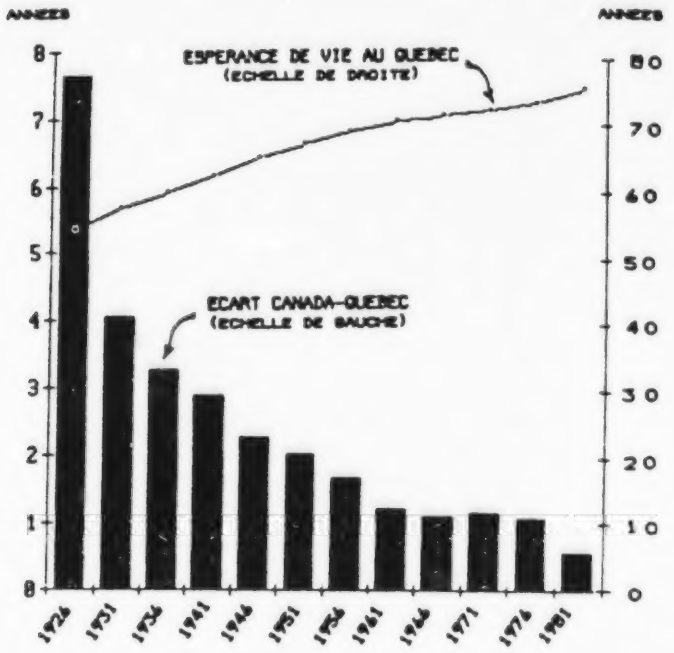


SOURCE: RECENSEMENT DE 1981

GRAPHIQUE 2.1

ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE

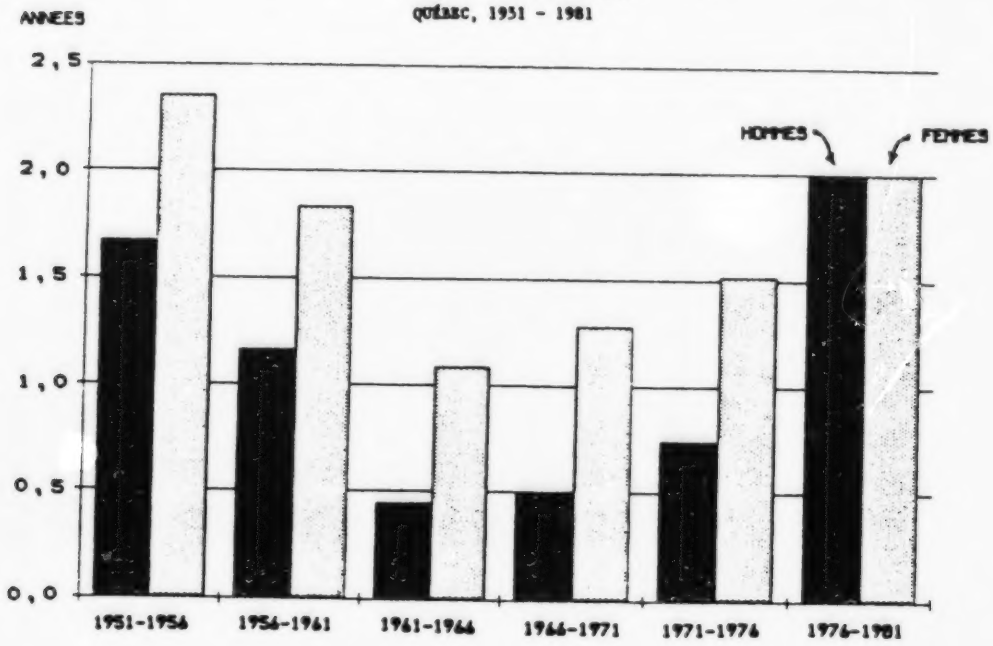
1926-1981

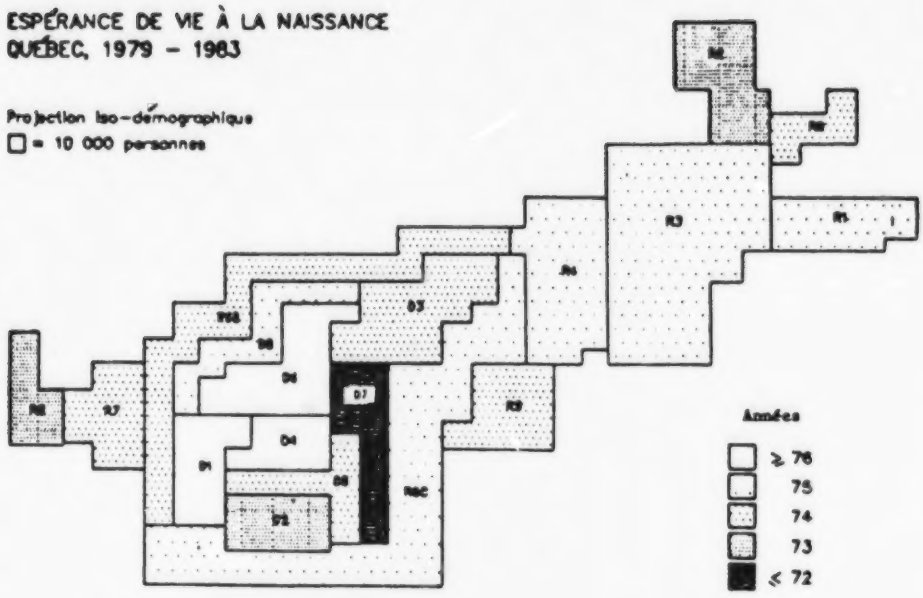


GRAPHIQUE 2.2

GAINS EN ESPERANCE DE VIE
A LA NAISSANCE

QUÉBEC, 1951 - 1981

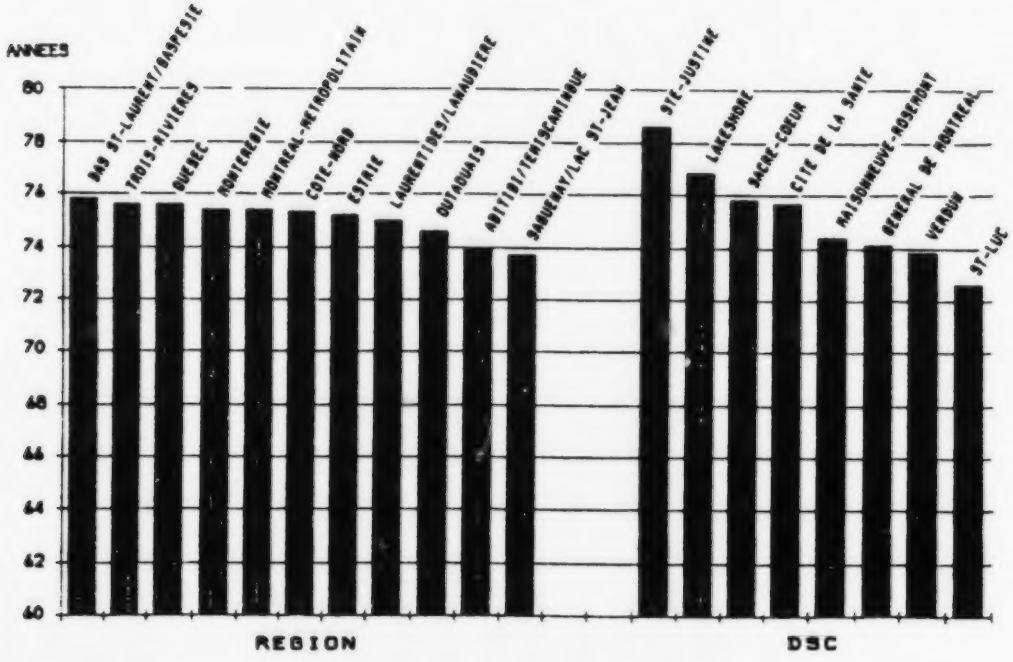




GRAPHIQUE 2.3

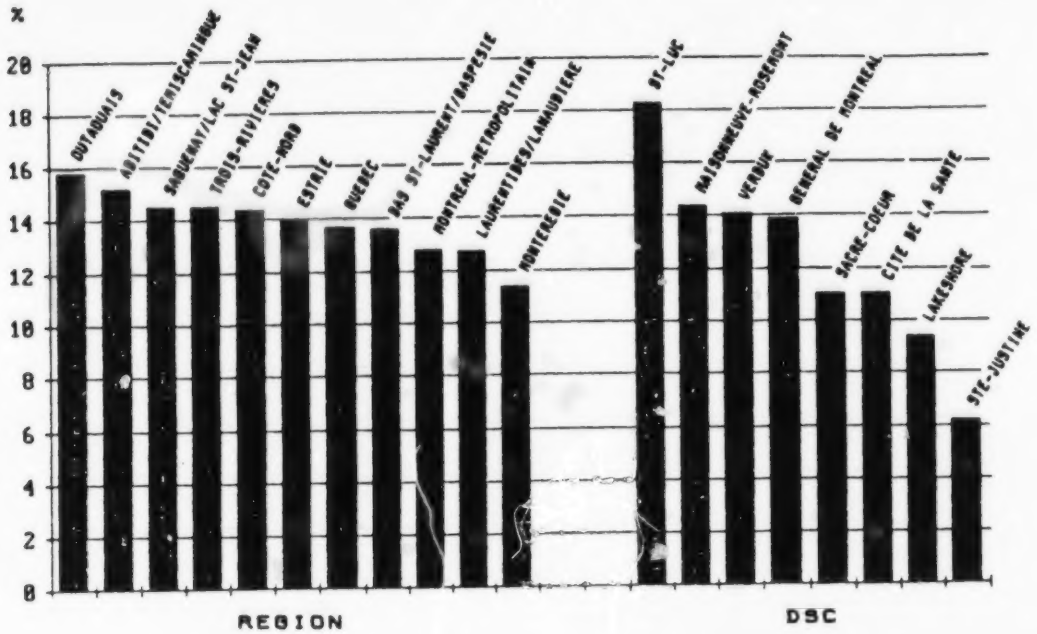
ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE

1979-1983



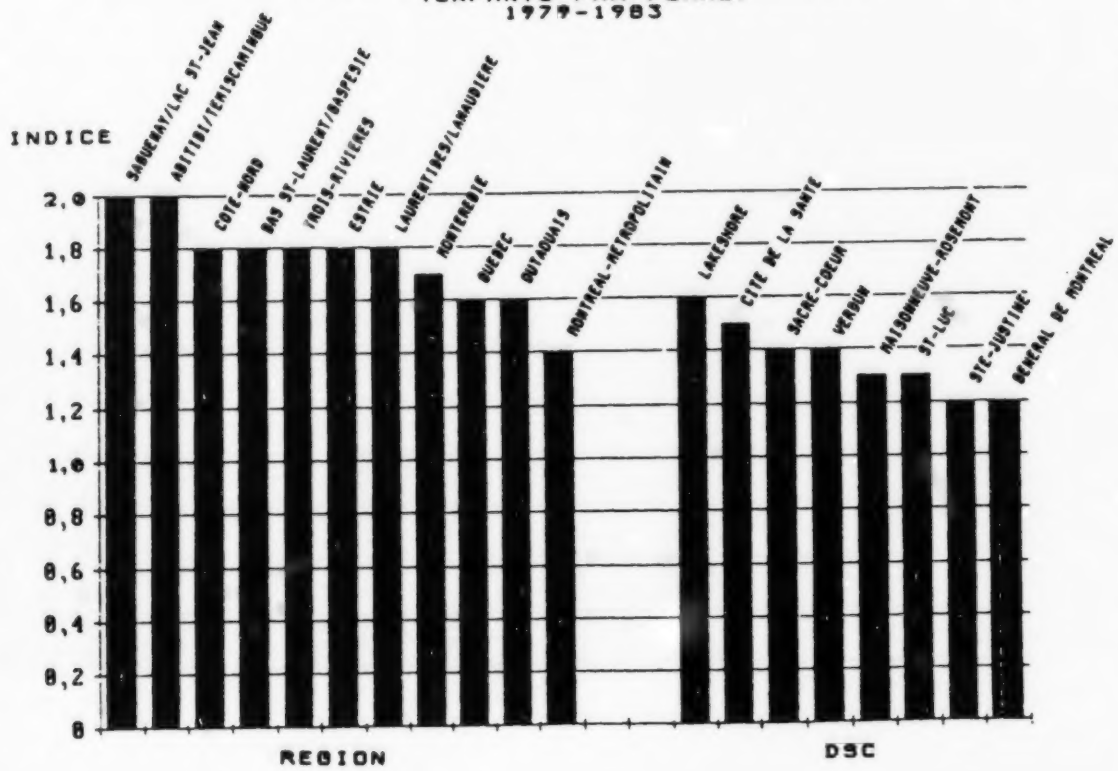
GRAPHIQUE 2.4

TAUX DE SURVIE A 65 ANS:
AVANTAGE AUX FEMMES COMPARE AUX HOMMES
1979-1983



GRAPHIQUE 2.5

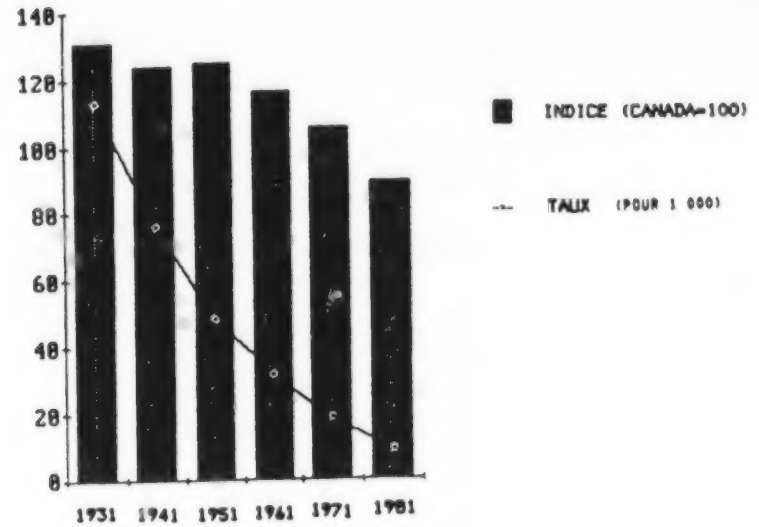
INDICE SYNTHETHIQUE DE FECONDITE
(ENFANTS PAR FEMME)
1979-1983



GRAPHIQUE 2.6

MORTALITE INFANTILE

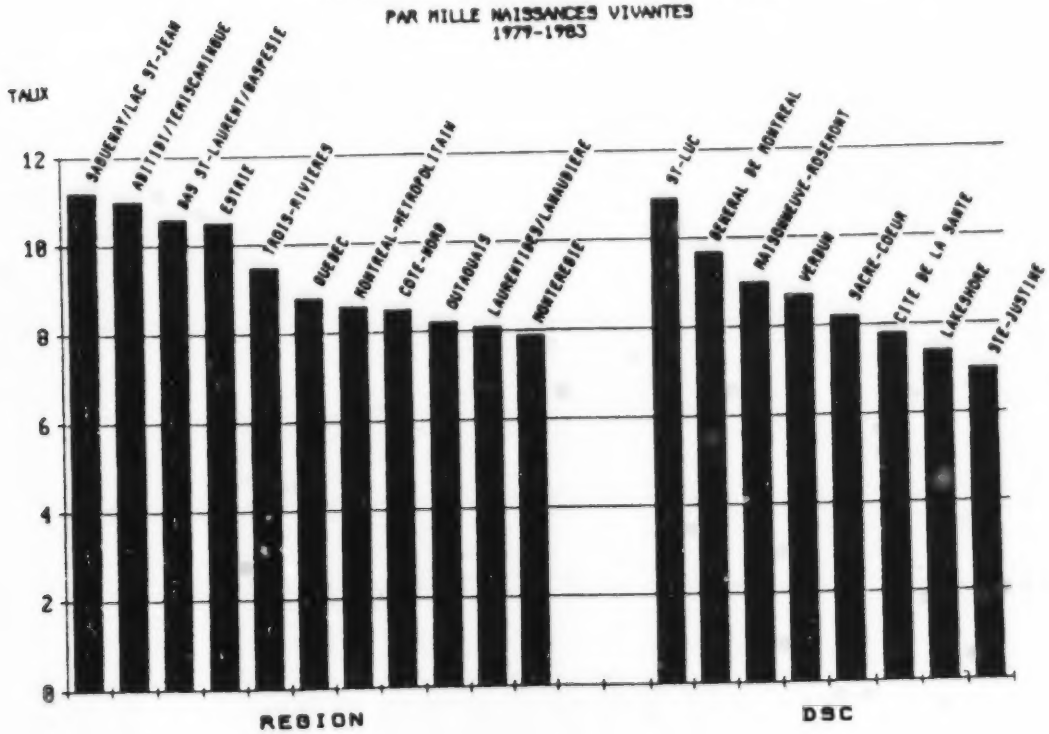
QUÉBEC, 1931 - 1981



GRAPHIQUE 2.7

TAUX DE MORTALITE INFANTILE

PAR MILLE NAISSANCES VIVANTES
1979-1983

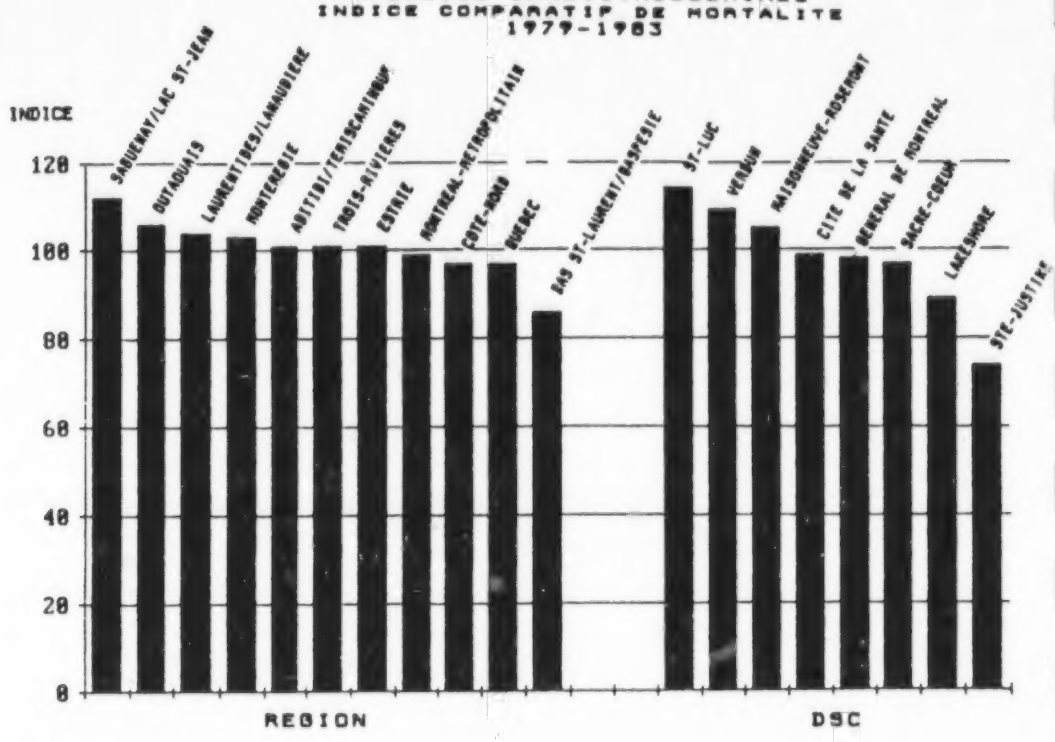


GRAPHIQUE 3.1

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

INDICE COMPARATIF DE MORTALITE

1979-1983

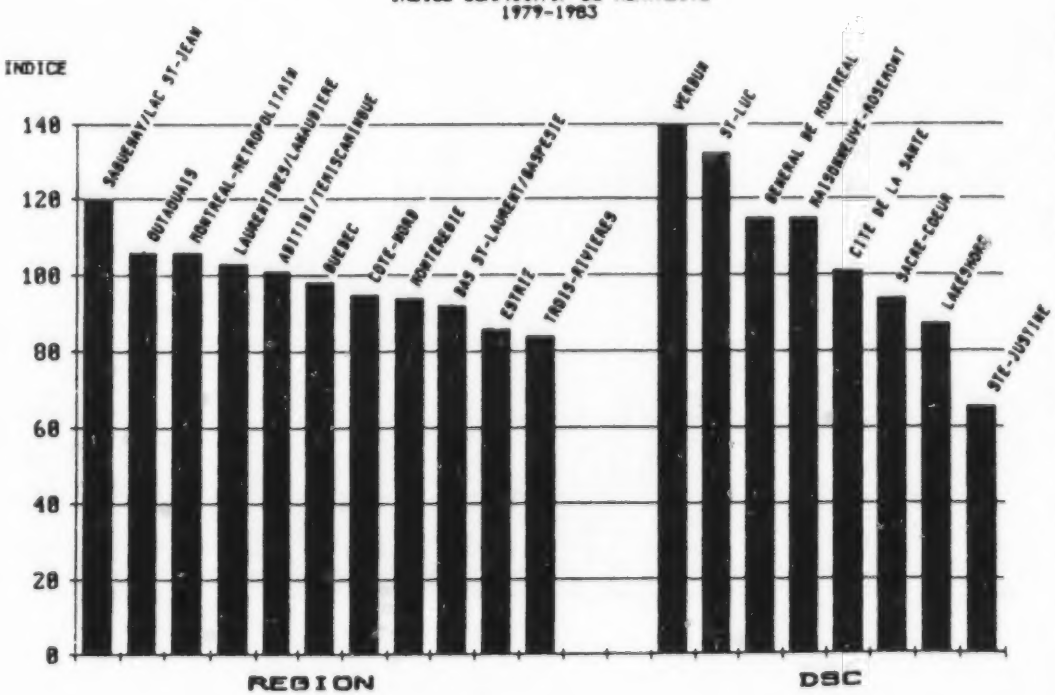


GRAPHIQUE 3.2

CANCER DU POUMON

INDICE COMPARATIF DE MORTALITE

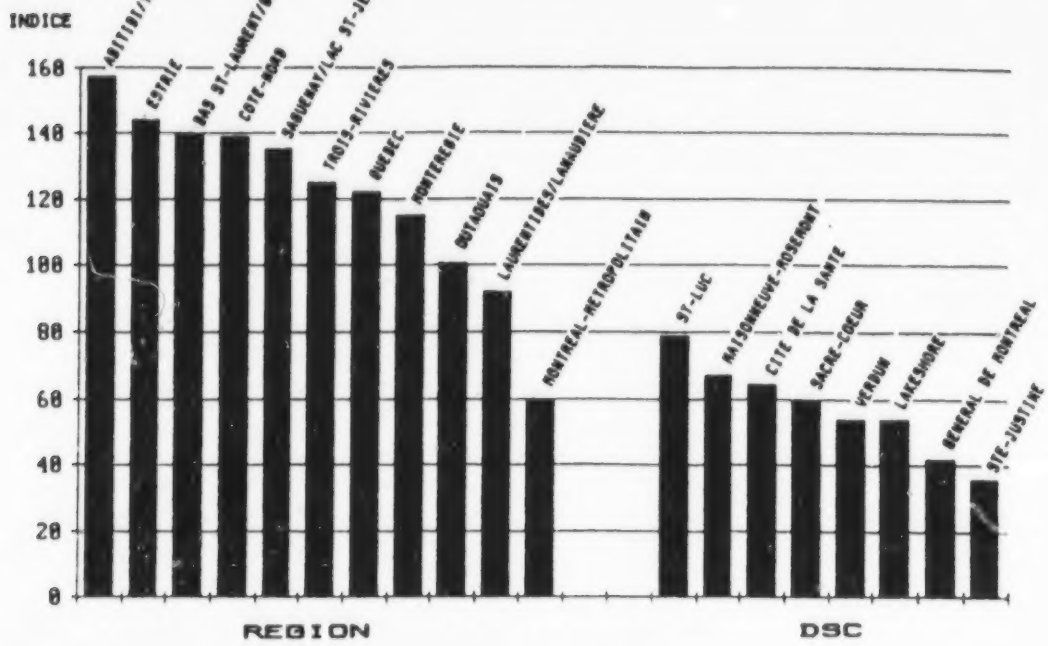
1979-1983



GRAPHIQUE 3.3

ACCIDENTS DE VEHICULE MOTEUR

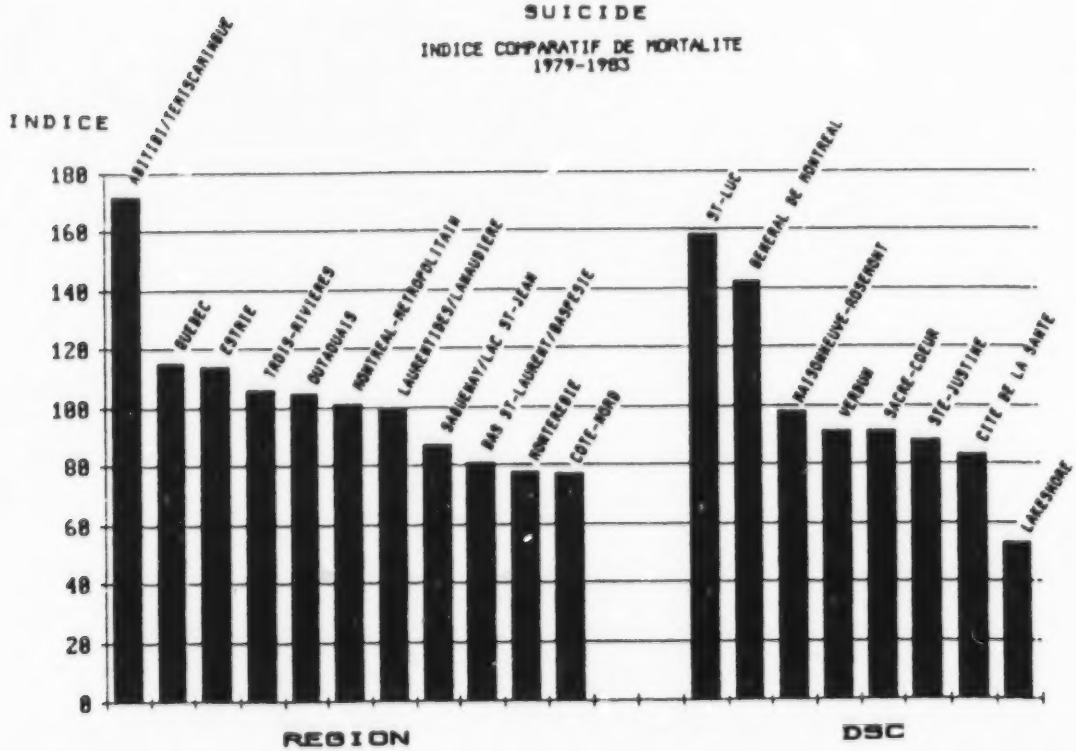
INDICE COMPARATIF DE MORTALITE
1979-1983



GRAPHIQUE 3.4

SUICIDE

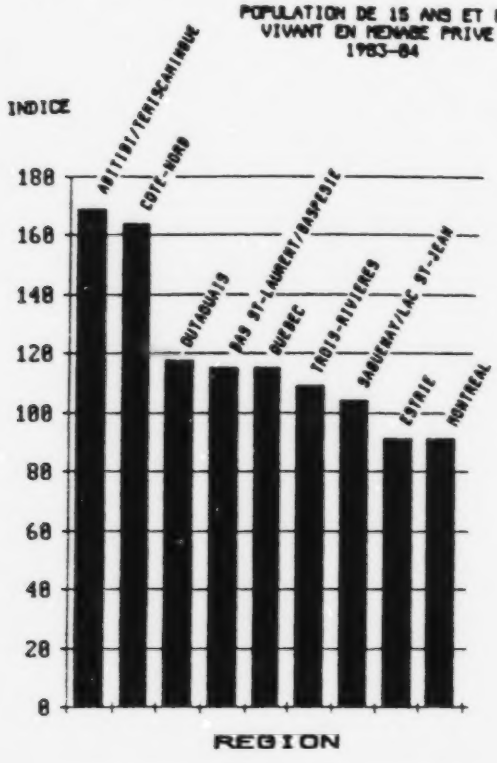
INDICE COMPARATIF DE MORTALITE
1979-1983



GRAPHIQUE 4.1

LIMITATION DANS LES ACTIVITES

POPULATION DE 15 ANS ET PLUS
VIVANT EN MENAGE PRIVE
1983-84



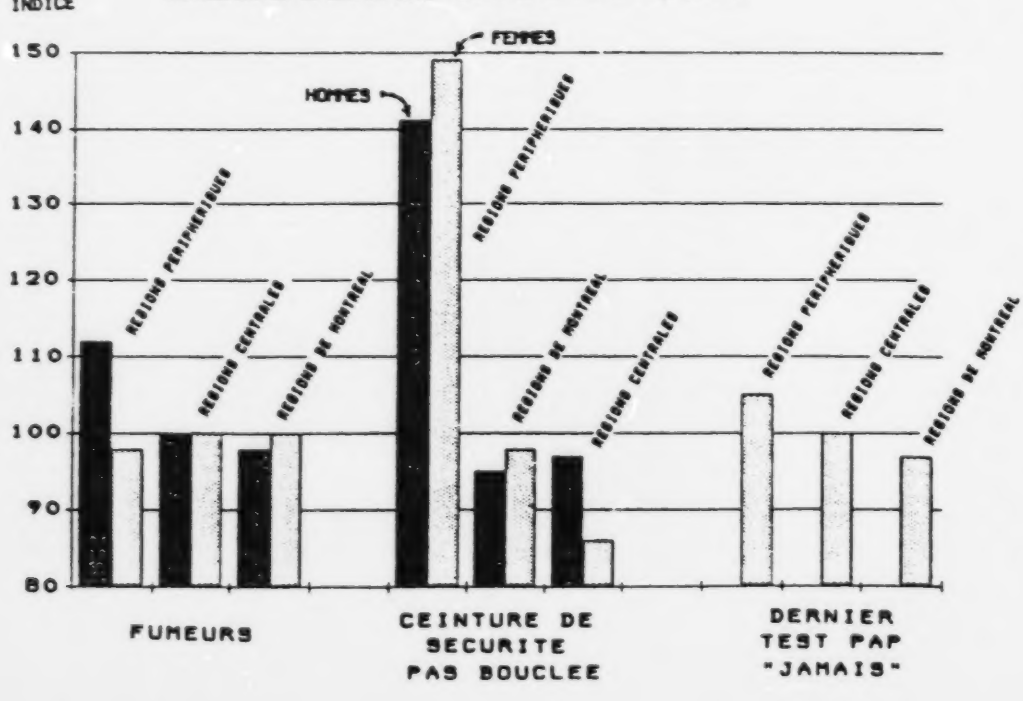
SOURCE: COMPILATIONS SPECIALES DE L'ENQUETE SUR LA SANTE ET LES INCAPACITES

GRAPHIQUE 5.1

FACTEURS DE RISQUE

INDICE COMPARATIF DE RISQUE

POPULATION DE 15 ANS ET PLUS VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ, 1978-79



SOURCE: ENQUETE SANTE CANADA

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1] Le document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1] Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1] Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

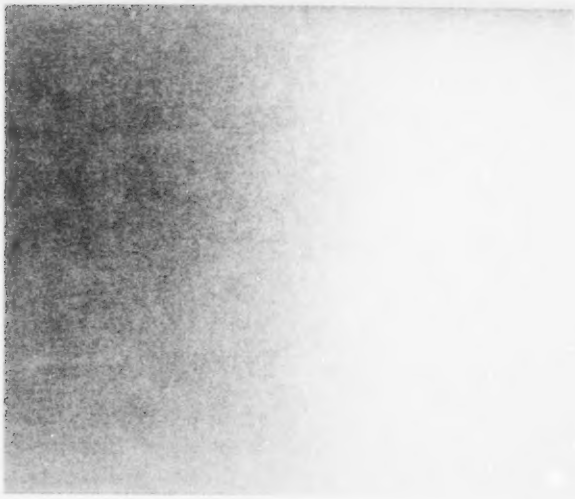
9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"



Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.